



POSTERS

XXX Congresso de Pneumologia do Norte

Porto, 9 a 11 de Março de 2023

PO001. SEM EXPECTORAÇÃO APÓS KAFTRIO®: QUAL O IMPACTO FUNCIONAL?

Margarida Isabel Pereira¹, Mariana Maia e Silva¹, Carlos Lopes², Pilar Azevedo²¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. ²Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Objetivos: Nos doentes com fibrose quística (FQ) sob Kaftrio® (terapia moduladora CFTR), tem-se observado redução e mesmo ausência de produção de expectoração ao fim de alguns meses de tratamento. O objectivo deste trabalho foi comparar a evolução da função pulmonar (avaliada pelo ppFEV1) entre dois grupos de doentes com FQ sob Kaftrio® que diferem relativamente à persistência (G1) ou ausência (G2) de produção de expectoração após 12 meses de tratamento.

Métodos: Estudo retrospectivo baseado nos processos clínicos dos doentes seguidos no Centro de Referência de Fibrose Quística de Adultos do Hospital de Santa Maria. Foram incluídos os doentes sob Kaftrio® há pelo menos 12 meses, com espirometria basal e reavaliação aos 12 meses.

Resultados: Foram incluídos 20 doentes (G1 n = 14, 70%; G2 n = 6, 30%). Em ambos os grupos, predominou o sexo masculino (G1 n = 8, 57%; G2 n = 4, 67%, p = 1,00) e o genótipo $\Delta F508/\Delta F508$ (G1 n = 5, 36%; G2 n = 3, 50%). A idade média no G1 foi 29,9 anos e no G2 foi 24,5 anos, p = 0,17. Verificou-se melhoria do ppFEV1 após 12 meses em todos os doentes. O ppFEV1 médio basal no G1 foi 48% e no G2 foi 70%, p = 0,01. O ppFEV1 médio após 12 meses de Kaftrio® no G1 foi 65% e no G2 foi 94%, p = 0,006. A variação média de ppFEV1 no G1 foi +17% e no G2 foi +24%, p = 0,34.

Conclusões: Os doentes que deixaram de produzir expectoração apresentavam doença pulmonar menos grave antes do início da terapêutica e uma melhoria superior após 12 meses. Apesar da variação média do ppFEV1 ter sido superior no grupo que deixou de produzir expectoração, esta diferença não foi estatisticamente significativa. A reduzida dimensão da amostra limita a generalização dos resultados.

Palavras-chave: Fibrose quística. Kaftrio.

PO002. GRAVIDEZ SOB KAFTRIO® - CONCEPÇÃO, GESTAÇÃO E NASCIMENTO COM SEGURANÇA NA FIBROSE QUÍSTICA

Anatilde Trindade⁴, Gabriela Santos⁵, Fátima Barbosa³, Mariana Silva⁴, Fernanda Gamboa², Pilar Azevedo¹

¹Centro de Referência de Fibrose Quística do Centro Hospitalar Lisboa Norte. ²Centro de Referência de Fibrose Quística do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra. ³Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra. ⁴Serviço de Pneumologia, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca. ⁵Serviço de Pneumologia, Hospital Garcia de Orta.

Introdução: A fibrose quística (FQ) é causada por mutações no gene *Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator* (CFTR). O Kaftrio® é um modulador da CFTR disponível em Portugal desde 2021, que tem alterado o prognóstico na FQ. Não há estudos prospectivos em grávidas que avaliem a sua teratogenicidade ou efeitos adversos. Os autores apresentam duas mulheres que engravidaram sob Kaftrio®, sem intercorrências.

Caso clínico: Mulher de 26 anos, com FQ desde os 18 meses, homocigótica para mutação F508del. Apresentava bronquiectasias bilaterais, colonização por *Pseudomonas aeruginosa* (PSAE), exacerbações infecciosas frequentes com hospitalizações, insuficiência pancreática exócrina (IPE) e diabetes associada a FQ (DAFQ). Iniciou terapêutica moduladora com Orkambi® em setembro de 2019, com melhoria clínica ligeira. Em dezembro de 2021 parou Orkambi® e começou Kaftrio®. Engravidou durante o primeiro mês de tratamento, e manteve a medicação. As ecografias obstétricas foram normais, e não teve exacerbações durante a gravidez. O bebé nasceu com 3968 g às 38 semanas e 5 dias de gestação, sem complicações periparto. O segundo caso tratou-se de uma mulher de 29 anos, também homocigótica F508del. Tinha bronquiectasias bilaterais com colonização por PSAE e *Staphylococcus aureus* multissensível, exacerbações infecciosas frequentes, IPE e DAFQ. Iniciou Orkambi® em julho de 2020 com melhoria na expectoração, função respiratória e prova do suor. Começou a tentar engravidar, com acompanhamento em medicina reprodutiva, sem sucesso. Mudou o modulador em outubro de 2021 para Kaftrio® e engravidou no primeiro mês de

tratamento, antes de iniciar procriação medicamente assistida. Não houve intercorrências durante a gestação, e o parto ocorreu às 38 semanas e 4 dias de gestação, por cesariana, sem complicações.

Discussão: O Kaftrio® não foi associado a efeitos adversos na gestação ou parto em duas mulheres com FQ. Curiosamente, as duas mulheres engravidaram no primeiro mês de tratamento, colocando a hipótese de efeito terapêutico na capacidade reprodutiva.

Palavras-chave: Kaftrio. Gravidez. Fibrose quística.

PO003. DISCINESIA CILIAR PRIMÁRIA: UMA MARCHA DIAGNÓSTICA COMPLEXA

Beatriz Martins¹, Filipa Torres Silva², Luciana Oliveira¹, Andreia Pinto³, Susana Lopes⁴, Sarah Dias⁴, Susana Seixas⁵, Adelina Amorim¹

¹Centro Hospitalar Universitário de São João. ²Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro. ³Royal Brompton & Harefield NHS Foundation Trust London, UK. ⁴NOVA Medical School-Universidade NOVA de Lisboa. ⁵Instituto de Investigação e Inovação em Saúde (I3S), Universidade do Porto.

Introdução: A discinesia ciliar primária (DCP) é uma doença genética rara caracterizada por alterações estruturais e/ou funcionais dos cílios que conduz a doença respiratória crónica. A variabilidade de expressão e dificuldade no diagnóstico, que carece de base clínica e laboratorial protocolada, levam ao seu subdiagnóstico ou diagnóstico em idades mais avançadas.

Objetivos: Caracterização de doentes com suspeita de DCP seguidos no nosso centro e respetiva marcha diagnóstica.

Métodos: Análise descritiva dos casos submetidos ao processo diagnóstico para discinesia ciliar primária no nosso centro hospitalar, com recolha retrospectiva dos dados.

Resultados: Foram analisados 33 doentes, com média de idades de 44 (\pm 13,362) anos. A média de idade ao diagnóstico das bronquiectasias foi 34,7 (\pm 13,363) anos e da DCP 40,62 (\pm 14,596) anos. A maioria era do sexo feminino (n = 19, 57,6%) e não fumadores (n = 21, 63,6%). Relativamente aos padrões clínicos, trinta (96,8%) doentes apresentavam bronquiectasias, dezoito (58,1%) tinham antecedentes de otites de repetição, trinta (96,8%) tinham rinosinusite crónica e oito (25,8%) *situs inversus*. A avaliação da ultraestrutura ciliar por microscopia eletrónica de transmissão identificou alterações de classe 1 em 14 (42,5%) doentes e de classe 2 em 5 (15,1%). A análise do padrão e frequência do batimento ciliar por videomicroscopia de alta velocidade detetou alterações em 27 (84,5%) doentes, foi normal em 4 (12,5%) casos e inconclusiva em 1 (3,1%). O estudo genético foi efetuado em 17 (51,5%) doentes, dos quais em 8 foram identificadas mutações patogénicas (6 homocigóticas e 2 heterocigóticas compostas). Após integração de dados clínicos e laboratoriais, 16 (48,5%) doentes foram considerados casos confirmados de DCP e 6 (18,2%) inconclusivos.

Conclusões: Os autores descrevem uma série de casos de doentes com suspeita de DCP, submetidos a uma marcha diagnóstica com base clínica, recurso à microscopia eletrónica, videomicroscopia de alta velocidade e estudo genético, espelhando a complexidade e dificuldades no diagnóstico desta patologia.

Palavras-chave: Discinesia ciliar primária. Bronquiectasias. Videomicroscopia.

PO004. INTEGRAÇÃO DO FARMACÊUTICO HOSPITALAR NUMA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR: CONSULTA FARMACÊUTICA NA FIBROSE QUÍSTICA

Ana Luísa Pereira¹, Luciana Oliveira^{2,3}, Rita Boaventura^{3,4}, Adelina Amorim^{3,4}

¹Serviços Farmacêuticos, Centro Hospitalar Universitário São João. ²Centro de Ambulatório, Centro Hospitalar Universitário

São João. ³Centro de Referência Fibrose Quística, Centro Hospitalar Universitário São João. ⁴Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário São João.

Objetivos: A gestão terapêutica da fibrose quística (FQ) apresenta elevada complexidade devido ao uso de múltiplos fármacos, variabilidade de esquemas posológicos e doses, interações medicamentosas, frequência de efeitos adversos e adesão ao tratamento. A morbi-mortalidade associadas à farmacoterapia, às complicações da FQ e ao envelhecimento dos doentes fundamenta a integração dum farmacêutico na equipa multidisciplinar. É sua responsabilidade a identificação, prevenção e resolução de problemas relacionados com medicamentos (PRMs), a promoção do seu uso correto, a participação no processo de educação para a saúde e a simplificação no acesso aos medicamentos. Pretende-se descrever as intervenções realizadas na consulta farmacêutica de um Centro de Referência de FQ.

Métodos: A consulta farmacêutica é realizada desde abril de 2022 no Centro de Referência de FQ do CHUSJ, em conjugação com a consulta médica a todos os doentes com diagnóstico confirmado de FQ. Foram avaliados os resultados de todas as intervenções realizadas pelo farmacêutico, no âmbito da consulta farmacêutica, no período de abril a dezembro 2022.

Resultados: Foram efetuadas 135 consultas farmacêuticas, abrangendo 51 doentes, identificados 96 PRMs [90 potenciais e 6 reais: evento adverso (4), interação farmacológica (1), efeito tratamento subótimo (1)], 37 discrepâncias na reconciliação da medicação, 28% doentes com baixa adesão. Foram realizadas 260 intervenções farmacêuticas com o médico (50), com o doente (43), relacionadas com o medicamento (41) e outras (126). Observaram-se que 77% intervenções foram aceites, dos PRMs, 72% foram totalmente resolvidos, com 99% de incremento na eficiência e/ou segurança do tratamento. Das intervenções realizadas entende-se que 2/3 resultaram numa melhoria do resultado clínico dos doentes.

Conclusões: O farmacêutico hospitalar, integrado na equipa multidisciplinar, contribuiu para a identificação de oportunidades de melhoria na terapêutica prescrita, promoveu a simplificação e otimização do perfil farmacoterapêutico, o uso responsável do medicamento, maior segurança, adesão e educação para a saúde.

Palavras-chave: Consulta farmacêutica. Fibrose quística.

PO005. RÁCIO NEUTRÓFILOS/LINFÓCITOS E BRONQUIECTASIAS: QUAL A RELAÇÃO?

Margarida Isabel Pereira¹, Mariana Maia e Silva¹, Carlos Lopes²

¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. ²Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Objetivos: As bronquiectasias (BQ) são uma doença inflamatória crónica das vias aéreas predominantemente neutrofílica. O rácio neutrófilos/linfócitos (RNL) foi proposto como biomarcador de gravidade em doentes com BQ. [1] Os objetivos deste trabalho foram: caracterizar e comparar subpopulações de doentes com BQ com diferentes RNL relativamente à função respiratória, exacerbações e internamentos no último ano; avaliar a relação entre RNL e ppFEV₁ e exacerbações.

Métodos: Estudo retrospectivo baseado nos processos clínicos dos doentes seguidos na Consulta de Bronquiectasias do Hospital de Santa Maria. Período do estudo: Jan 2019-Dez 2022. Foram incluídos os doentes que reuniam hemograma e espirometria em período de estabilidade clínica e excluídos aqueles com comorbilidades confundentes. Para a comparação entre subpopulações, os doentes foram divididos em função dos quartis (Q) do RNL.

Resultados: Foram incluídos 69 doentes, com idade média 52 \pm 18 anos, predominantemente mulheres (59%), com BQ idiopáticas (49%) e pós-infecciosas (38%). O RNL médio foi 2,49 \pm 1,41 (0,54-

7,05). O ppFEV₁ médio foi 77 ± 28%. A média de exacerbações foi 0,90 ± 1,10 (46% não tiveram exacerbações no último ano) e a média de internamentos foi 0,14 ± 0,43. Na análise por Q, destaca-se: no Q1, um RNL mais homogêneo, franco predomínio do sexo feminino e de BQ idiopáticas e melhor função respiratória; no Q4, um RNL mais heterogêneo, predomínio do sexo masculino e de BQ pós-infecciosas e pior função respiratória; não houve diferença significativa no número de exacerbações e internamentos. O RNL não se correlacionou de forma significativa com ppFEV₁ (p = 0,4407) ou exacerbações (p = 0,6986).

Conclusões: Na nossa amostra, o RNL não se correlacionou de forma significativa com ppFEV₁ ou exacerbações. O reduzido tamanho da amostra, o carácter retrospectivo do estudo e a diminuição da taxa de exacerbações consequente às medidas preventivas aplicadas no âmbito da pandemia CoVID-19 limitam a generalização dos resultados.

Palavras-chave: Bronquiectasias. Rácio neutrófilos/linfócitos. Função respiratória. Exacerbações.

PO006. INFECÇÃO PULMONAR NA ERA DA TERAPÊUTICA MODULADORA PARA A FIBROSE QUÍSTICA

Mariana Maia e Silva¹, Margarida Pereira¹, Luís Lito², Carlos Lopes³, Pilar Azevedo³

¹Serviço de Pneumologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. ²Laboratório de Microbiologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. ³Centro de Referência de Fibrose Quística de Adultos, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Objetivos: Caracterização e comparação dos isolamentos microbiológicos em doentes com fibrose quística antes e após o início de terapêutica moduladora de alta eficácia com elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor (Kaftrio®).

Métodos: Análise retrospectiva e descritiva das amostras respiratórias colhidas a doentes adultos seguidos no Centro de Referência de Fibrose Quística de um hospital central, 1 ano antes e 1 ano após o início de Kaftrio®. Dados colhidos através da consulta do processo clínico informatizado.

Resultados: Seleccionados 21 doentes, maioria do sexo masculino (57%), com média de idades de 28 ± 8,1 anos, sob terapêutica moduladora com Kaftrio® há 490,3 ± 93,7 dias. No ano prévio ao início da terapêutica foram colhidas no total 94 amostras respiratórias, todas de expectoração, com média de 4,4 ± 1,8 amostras por doente. Houve 54 isolamentos: 63% de bactérias, com predomínio de Gram negativos (58,8%), e 33,3% de fungos. As bactérias mais frequentes foram PSAE (38,2%) e MSSA (38,2%), e o fungo predominante foi *Aspergillus fumigatus* (72,2%). No ano após o início da terapêutica houve um total de 82 amostras respiratórias, 6 das quais colhidas por broncofibroscopia por ausência de expectoração, com média de 3,9 ± 2,0 amostras por doente. Houve 54 isolamentos: 77,8% de bactérias, 52,4% das quais Gram positivos, com predomínio de PSAE (38,1%) e MSSA (35,7%), seguindo-se 11,9% de isolamentos de *H. influenzae*; e 20,4% de fungos, com predomínio de *Aspergillus fumigatus* (36,4%) e *Candida albicans* (36,4%).

Conclusões: Muitos doentes sob Kaftrio® apresentam uma redução ou ausência de expectoração, havendo uma maior dificuldade na colheita de amostras respiratórias para exame microbiológico. Nesta análise verificou-se uma mudança de predominância de bactérias Gram negativas para Gram positivas, além de uma redução de 38,9% de isolamento de fungos, principalmente à custa da diminuição de *Aspergillus fumigatus*, pelo que se sublinha a importância da monitorização microbiológica destes doentes para a realização do tratamento adequado.

Palavras-chave: Fibrose quística. Elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor (Kaftrio®). Microbiologia.

PO007. INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS DE REPETIÇÃO: UM CASO DE SÍNDROME DE SWYER-JAMES-MACLEOD

Margarida Isabel Pereira¹, Magda Alvoeiro², Carlos Lopes³, José Pedro Boléo-Tomé¹

¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. ²Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. ³Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: As infeções respiratórias de repetição (IRR) têm um diagnóstico diferencial extenso. Apresenta-se um caso de Síndrome de Swyer-James-MacLeod (SSJM), uma causa rara de IRR.

Caso clínico: Homem, 23 anos, imunocompetente, nunca fumador, com diagnóstico aos nove meses de bronquiólite obliterante pós-infecciosa por adenovírus. Desde então, apresentava IRR. Da avaliação complementar: TC de tórax com bronquiectasias (BQ) cilíndricas com espessamento parietal à direita e atelectasia do lobo médio; função respiratória com obstrução moderada com prova de broncodilatação negativa; excluídas outras causas de BQ. Iniciou seguimento na Pneumologia aos 18 anos. Apresentava tosse produtiva diária (expectoração mucopurulenta), pieira frequente e cansaço para esforços intensos. Estava medicado com ICS+LABA diário e cumpria reabilitação respiratória (RR). No último ano, tinha tido 3 exacerbações com necessidade de antibioterapia. Imagiologicamente, estava sobreponível. Evoluiu com persistência de sintomas diários e 2-4 exacerbações/ano. Aos 21 anos, teve o primeiro isolamento de agente na expectoração (*Haemophilus influenzae* multissensível). Cumpriu azitromicina long-term sem melhoria. Foi avaliado por Cirurgia Torácica e submetido a lobectomia média aos 22 anos, sem intercorrências. Nos meses seguintes, manteve sintomas diários e registou 3 exacerbações, apesar de terapêutica otimizada (broncodilatadores, mucolítico, RR, azitromicina). O doente foi referenciado a consulta de BQ em hospital terciário e foi proposto para ensaio clínico com novo fármaco antiinflamatório.

Discussão: O tratamento das BQ é habitualmente conservador, orientado para a prevenção e controlo das infeções respiratórias. Perante BQ complicadas com IRR, pondera-se a lobectomia. Os ensaios clínicos representam um último recurso em doentes com sintomas refractários.

Palavras-chave: Infeções respiratórias repetição. Bronquiectasias. Swyer-James-MacLeod.

PO008. IMPORTÂNCIA DO ESTUDO ETIOLÓGICO DE FIBROSE QUÍSTICA EM DOENTES ADULTOS COM BRONQUIECTASIAS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Manuel Osório¹, Catarina Roquete¹, Carolina Alves¹, Miguel Siveira¹, Fernando Rodrigues¹, Pilar Azevedo²

¹Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca EPE. ²Centro Hospital Lisboa Norte-Hospital de Santa Maria.

Introdução: Embora considerada uma doença da infância, estudos indicam que até 7% dos doentes com fibrose quística (FQ) são diagnosticados após os 18 anos. As principais manifestações respiratórias são sinusite crónica e bronquiectasias, que podem constituir a única manifestação em idade adulta. Assim, torna-se indispensável considerá-la como diagnóstico diferencial de bronquiectasias em adultos.

Caso clínico: Apresento o caso de um homem, 30 anos, com antecedentes de rinite alérgica com septo/turbinoplastia inferior bilateral. Negava parto pré-termo, intercorrências respiratórias pós-parto, infeções respiratórias, sinusite ou otites de repetição na infância. Internado aos 21 anos por pneumotórax espontâneo, com evidência de bronquiectasias cilíndricas e varicosas no LIE mais sinais de obstrução brônquica em tc tórax. BFO isola *Aspergillus fumigatus* e *Candida Albicans* em rolhão de SBs, tendo realizado antifúngico e corticoterapia. Desde então com tosse crónica pro-

durativa esverdeado-purulenta, com 1-2 episódios de exacerbação por ano. Em 2021, foi internado no contexto de exacerbação, realizando nova TC tórax com consolidação do segmento anterior do L5 associada a bronquiectasias varicosas e quísticas, adicionalmente às alterações esquerdas previamente documentadas. Após identificação de *Aspergillus fumigatus* (sem TSA) em LBA, assumiu-se diagnóstico de aspergilose pulmonar cavitada crônica, tendo cumprido 3 meses de voriconazol. Referenciado a consulta de pneumologia para estudo etiológico de bronquiectasias, onde se destaca ausência de critérios de ABPA ou outras alterações de relevo. Para realização de estudo etiológico de fibrose quística em unidade diferenciada é enviado à consulta do HSM, onde realiza duas provas de suor com resultado intermédio (43,40 mEq/L) mais estudo genético com identificação da mutação F508del e IVS8-6T5 do gene CFRT, assumindo-se FQ com critérios para início de ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor.

Discussão: A FQ pode ter manifestações clínicas frustres podendo levar a um diagnóstico tardio. Como tal, a presença de bronquiectasias de causa indeterminada devem sempre suscitar a FQ como diagnóstico diferencial, independentemente da idade ou sintomatologia.

Palavras-chave: Bronquiectasias. Fibrose quística. Idade adulta.

PO009. MOTIVAÇÃO E CONFIANÇA PARA PARAR DE FUMAR

Margarida Isabel Pereira, Marta Carvalho, Sílvia Maduro, Hedi Liberato, Cecília Pardal, José Pedro Boléo-Tomé

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.

Objetivos: Parar de fumar pode ser difícil devido à dependência física, psicológica e comportamental induzida pela nicotina. O objetivo deste trabalho foi avaliar a motivação e confiança para parar de fumar em fumadores submetidos a espirometria.

Métodos: Estudo prospetivo entre abril-setembro 2022 com participantes voluntários. Aquando da realização de espirometria, aplicou-se questionário sobre hábitos tabágicos, motivação e confiança para cessação tabágica, impacto de resultado espirométrico anormal na motivação e tentativas de cessação. Foi entregue folheto informativo com estratégias de mudança comportamental. Um mês depois, foi questionado telefonicamente se realizou tentativa de cessação.

Resultados: Dos 27 participantes, excluíram-se sete por impossibilidade de completar intervenção. Os participantes foram sobretudo mulheres (60%), idade média 55 anos, idade média de início de tabagismo 18 anos. Fumavam, em média, 16 cigarros/dia. 80% tinham dependência baixa a média (teste Fagerström), tendo 60% conseguido não fumar antes do exame. A motivação média foi 7 e a confiança foi 6 (escala Likert 1 a 10). Dos questionados, 45% indicaram ter uma doença respiratória e consideraram que o tabaco a influenciava. Perante resultado espirométrico anormal, 80% sentiram-se mais motivados para cessação. Quanto a tentativas de cessação, 90% já fizeram pelo menos uma, 67% sem ajuda e 75% destes acreditam que teriam conseguido parar com ajuda; 90% foram aconselhados por um médico a parar de fumar (67% por MGF) e 56% destes tentaram. Questionados sobre as ajudas para deixar de fumar, 85% acreditam no aconselhamento médico e 65% nos medicamentos. No contacto telefónico de *follow-up*, 55% tentaram parar de fumar, 40% reduziram o número de cigarros/dia e um deixou de fumar.

Conclusões: A maioria dos participantes apresentava-se ambivalente quanto à cessação e reconhecia o valor do aconselhamento médico nesse processo. A intervenção breve é uma estratégia custo-efetiva que pode ser realizada por qualquer profissional de saúde, sendo a espirometria uma boa oportunidade.

Palavras-chave: Cessação tabágica. Dependência. Nicotina.

PO010. SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICA IDIOPÁTICA TRATADA COM MEPOLIZUMAB

Maria João Moura, Mário Bibi, Sara Dias, Márcia Araújo, Joana Lourenço, Inês Neves

Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Introdução: A síndrome hipereosinofílica (SHE) idiopática é um distúrbio raro definido pela produção aumentada e sustentada de eosinófilos associada a lesão de órgão pelo infiltrado eosinofílico, após exclusão de causas hemato-oncológicas e secundárias de hipereosinofilia.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher de 72 anos, encaminhada para a consulta de Pneumologia por dispneia de esforço e pieira recorrente de longa data associada a hipereosinofilia periférica conhecida desde 2007 ($> 1.500 \text{ cel}/\mu\text{L}$). Apresentava provas de função respiratória com alteração ventilatória obstrutiva ligeira e hiperinsuflação, com prova de broncodilatação positiva e TC torácica com densificações pulmonares em vidro despolido de predomínio periférico. No espaço de um ano apresentou três exacerbações da doença respiratória com necessidade de internamento em dois episódios por insuficiência respiratória e necessidade de corticoterapia endovenosa em alta dose. Diagnosticada durante a segunda exacerbação trombose venosa profunda do membro inferior para o qual foi hipocoagulada. Do estudo complementar efetuado, salienta-se lavado broncoalveolar com $> 50\%$ de eosinófilos; exclusão de etiologia imunológicas (ANCA, biópsia da mucosa nasal), infecciosas (parasitológico das fezes), hematológicas (biópsia medular, imunofenotipagem do sangue periférico, mutação PDGFR/FLIP) e iatrogenia medicamentosa. Assumiu-se assim o diagnóstico de SHE idiopática com atingimento pulmonar e hipercoagulabilidade secundária. Iniciou-se tratamento com anticorpo monoclonal anti-IL5 (mepolizumab) que foi aprovado recentemente pela EMA para tratamento do SHE. Atualmente, há nove meses sob terapêutica biológica, sem intercorrências ou exacerbações identificáveis e com melhoria significativa dos sintomas, tendo inclusive iniciado o desmame da corticoterapia, estando atualmente com prednisolona 5 mg/dia.

Discussão: Os autores pretendem salientar a dificuldade em identificar corretamente os doentes com SHE idiopática e a possibilidade da utilização do mepolizumab como opção terapêutica eficaz no controle da doença e consequente redução do uso crónico de corticoides.

Palavras-chave: Síndrome hipereosinofílica. Mepolizumab.

PO011. GRANULOMATOUS-LYMPHOCYTIC INTERSTITIAL LUNG DISEASE (GLILD): EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Mara Sousa¹, Mariana Serino¹, André Alexandre¹, Hélder Novais-Bastos^{1,2,3}, Patrícia Caetano Mota^{1,2,3}, Natália Melo¹, Adelina Amorim^{1,2}, André Carvalho⁴, Susana Guimarães⁵, Conceição Souto Moura⁵, Joana Miranda⁶, José Torres da Costa⁶, Edite Pereira⁷, António Morais^{1,2,3}

¹Departamento de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE. ²Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. ³Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto. ⁴Departamento de Radiologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE. ⁵Departamento de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE. ⁶Departamento de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE. ⁷Departamento de Medicina Interna, Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE.

Objetivos: A GLILD (*Granulomatous-lymphocytic interstitial lung disease*) é uma manifestação pulmonar incomum, que ocorre em 20-30% dos doentes com Imunodeficiência Comum Variável (ICV). Clinicamente, caracteriza-se por um espectro que vai desde a au-

sência de sintomas, ao agravamento progressivo com desenvolvimento de insuficiência respiratória e necessidade de transplante pulmonar. O diagnóstico baseia-se na conjugação de dados clínicos, radiológicos e patológicos. A histologia caracteriza-se por infiltração linfocítica e/ou granulomatosa do interstício pulmonar, devendo ser excluídas outras causas para estas alterações, nomeadamente patologia infecciosa. O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão descritiva dos doentes com GLILD seguidos num hospital universitário.

Métodos: Análise descritiva dos doentes com diagnóstico confirmado de GLILD e seguidos na consulta de Doenças Pulmonares Difusas em 2022. Foram analisados dados demográficos, clínicos e analíticos, assim como padrões radiológicos e parâmetros de função respiratória ao diagnóstico de GLILD e no ano de 2022.

Resultados: Foram avaliados 9 doentes com diagnóstico histológico de GLILD, 6 do sexo feminino. A mediana das idades ao diagnóstico de ICV e GLILD foi 35 e 36 anos, respetivamente, com um tempo de seguimento médio de 6 anos. Quanto a alterações radiológicas, 9 doentes apresentavam padrão micronodular ao diagnóstico, sendo que 7 tinham adicionalmente adenopatias hilares/mediastínicas e 2 exibiam fibrose. Relativamente aos parâmetros de função respiratória, a maioria (n = 7) manteve estabilidade funcional, contudo 2 doentes apresentaram agravamento progressivo da doença, sendo que um foi proposto para transplante pulmonar. No final de 2022, os 9 doentes encontravam-se a cumprir terapêutica de reposição de imunoglobulina, 2 dos quais em associação com corticosteroides e 1 em associação com rituximab e micofenolato de mofetil.

Conclusões: A GLILD associa-se a aumento da morbilidade e mortalidade nos doentes com ICV. A ausência de fatores preditores de desenvolvimento de GLILD em doentes com ICV, assim como da sua progressão torna necessário o seu rastreio e seguimento.

Palavras-chave: Granulomatous-lymphocytic interstitial lung disease. GLILD. Imunodeficiência comum variável. interstício pulmonar.

PO012. SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO - UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Sofia Magno Pinto¹, Patrícia Trindade¹, Raquel Silva¹, Diana Organista¹, Miguel Guia^{1,2}, Rita Macedo¹, Ana Cristina Mendes¹, Paula Pinto^{1,2}, Cristina Bárbara^{1,2}

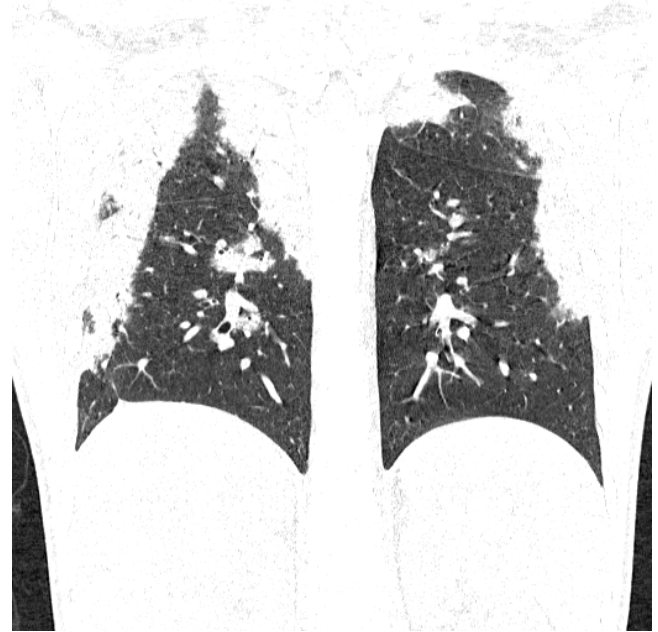
¹Departamento de Tórax, Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. ²Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, ISAMB.

Introdução: A hipótese diagnóstica de Pneumonia eosinofílica crónica surge na presença de eosinofilia periférica com alterações imagiológicas pulmonares e infiltrado eosinofílico ao nível do pulmão, sem afeção extrapulmonar. No caso de existirem achados sugestivos de afeção multiorgânica faz sentido pensar noutros diagnósticos, surgindo assim a hipótese de síndrome hipereosinofílica.

Caso clínico: Homem, 24 anos, com antecedentes de Colite Ulcerosa, anemia de doença crónica e eosinofilia periférica (cerca 900 células/ μ L) com vários anos de evolução. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com um mês de evolução de febre vespertina, dispneia e tosse seca. Analiticamente com eosinofilia (2.700 células/ μ L) e em TC tórax com áreas de consolidação parenquimatosa de distribuição predominantemente periférica subpleural em toda a extensão de ambos os pulmões.

Realizou broncofibroscopia sem isolamento microbiológico no lavado bronco-alveolar e secreções brônquicas e com 70% macrófagos, 12% linfócitos, 2% neutrófilos e 16% eosinófilos. Os restantes exames microbiológicos (hemoculturas, urocultura, antigenúrias e zaragatoas de vírus) foram negativos. Não realizou antibioterapia. Efetuou biópsia pulmonar que demonstrou moderado infiltrado eosinofílico a favor de pneumonia eosinofílica. No estudo da eosinofilia pulmonar e sistémica, a pesquisa de ovos e parasitas nas fezes, as serolo-

gias de parasitas e o estudo de auto-imunidade foram negativas. Realizou biópsia do cólon com infiltrado inflamatório com alguns eosinófilos e foi realizada biópsia medular com aumento de eosinófilos, 42% da celularidade total, sem presença de blastos e sem outras alterações das linhagens, confirmando-se o diagnóstico de síndrome hipereosinofílica. Foram colhidas amostras de medula óssea para estudo de cariotipo e distinção entre síndrome hipereosinofílica primária ou secundária, cujos resultados aguarda.



Discussão: Este caso alerta para a importância do diagnóstico diferencial entre patologias com atingimento exclusivo do pulmão e patologias sistémicas, assim como a integração de todos os dados clínicos num doente com quadro com anos de evolução e com seguimento em diferentes especialidades.

Palavras-chave: Pneumonia eosinofílica crónica. Síndrome hipereosinofílica. Eosinofilia periférica.

PO013. IMPACTO DO RITUXIMAB NAS CONECTIVITES (NÃO ARTRITE REUMATÓIDE) COM ENVOLVIMENTO PULMONAR INTERSTICIAL. EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Catarina Cascais Costa¹, Bruna Silva², Bruno Miguel Fernandes², Patrícia Caetano Mota^{3,4,5}, Natália Melo⁴, André Terras Alexandre⁴, Helder Novais e Bastos^{3,4,5}, Miguel Bernardes^{2,3}, António Morais^{3,4,5}

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Baixo Vouga. ²Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar Universitário São João.

³Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. ⁴Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário São João. ⁵3s.

Objetivos: Avaliar o perfil de eficácia e segurança do rituximab num grupo de doentes com CTD-ILD não AR.

Métodos: Estudo retrospectivo de doentes com CTD-ILD, exceto AR, com prescrição terapêutica de RTX num hospital terciário. Para a análise estatística utilizou-se o programa IBM SPSS Statistics versão 26^o.

Resultados: Foram avaliados 13 doentes, 69,2% do sexo masculino, com média de idades de 72,8 \pm 9,49 anos. Relativamente à patologia de base, 46,2% (n = 6) apresentavam síndrome de Sjögren, 30,8% (n = 4) esclerose sistémica (ES) e 23,1% (n = 3) síndrome de sobreposição lúpus eritematoso sistémico-síndrome de Sjögren. Os padrões mais frequentes em TCAR à data do diagnóstico foram a pneumonia intersticial não específica (NSIP) e a pneumonia intersticial usual (UIP) em

30,7% dos casos, respetivamente. Em média, os doentes realizaram $3,77 \pm 2,3$ ciclos de RTX (mínimo 1 e máximo 8). Em relação aos tratamentos realizados previamente ao RTX, salientam-se os seguintes: 15,4% fizeram metotrexato, a mesma percentagem fez ciclofosfamida, hidroxicloquina, micofenolato mofetil e sulfasalazina. De salientar, que todos os doentes mantiveram MTX concomitantemente com RTX. Apenas 7,7% (n = 1) suspendeu definitivamente o RTX, por agravamento do estado geral e múltiplas intercorrências infecciosas. Na avaliação do estudo funcional respiratório, aos 6, 12 e 24 meses, observou-se estabilidade. Não se objetivaram exacerbações da doença pulmonar intersticial durante o tratamento com RTX. Verificou-se uma mortalidade de 23% (n = 3), 2 por pneumonia (1 deles a SARS-CoV-2 3 meses e 1 ano após a última toma, respetivamente) e 1 por neoplasia pulmonar (diagnosticada 2 meses depois do início do RTX). Estas mortes ocorreram em média 6,3 anos após o diagnóstico da doença pulmonar intersticial.

Conclusões: Apesar da reduzida dimensão da amostra, os nossos dados apontam para a eficácia terapêutica do RTX nas CTD-ILD não AR, contribuindo para a sua estabilidade funcional, e associado a um bom perfil de segurança, sendo necessários mais dados para sustentar esta observação.

Palavras-chave: Rituximab. Doença pulmonar intersticial. Doenças do tecido conjuntivo.

PO014. MASSA PULMONAR - UM DIAGNÓSTICO RARO

Inês Spencer, Teresa Pacheco, Julio Semedo, Magda Alvoeiro, Francisco Félix, João Inácio, Cristina Ferreira, Analisa Ribeiro

Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte.

Introdução: As massas pulmonares têm frequentemente etiologia maligna, pelo que o diagnóstico definitivo deve ser célere. É também importante o grau de suspensão clínica para causas menos comuns, como as etiologias infecciosas ou autoimunes.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, de 34 anos e sem antecedentes médicos de relevo, recorre ao serviço de urgência por quadro de hemoptises sem sintomatologia concomitante. É realizada TC de tórax que identifica massa no lobo superior do pulmão esquerdo, encarceramento bronco-vascular do hilo, opacidades multifocais sólidas com vidro despolido no mesmo lobo e adenopatias hilares homolaterais. Inicia investigação em Portugal quatro meses depois das queixas iniciais. O estudo por PET revelou hipermetabolismo da massa (SUV máximo 6,5) compatível com doença maligna. As TC abdomino-pélvica e crânio-encefálica eram normais. Foram realizadas três broncofibroscopias, uma ecoendoscopia endobrônquica, e uma biópsia aspirativa transtorácica, procedimentos complicados de hemorragia significativa, que revelaram processo inflamatório inespecífico na porção da lesão acessível. No decurso da investigação o doente repetiu TC de tórax em que mantinha as alterações prévias, e realizou análises com estudo de autoimunidade negativo, apresentando apenas um aumento ligeiro do valor de proteína-C-reativa. Foi submetido a biópsia pulmonar e ganglionar por toracotomia 10 meses após o início das queixas clínicas, cujo resultado anatomo-patológico foi extensa fibrose, agregados linfóides, alguns eosinófilos e numerosas células linfoplasmocitárias, bem como inúmeras células IgG4, não se reconhecendo infiltração por células atípicas. O valor sérico de IgG4 encontrava-se idênticamente elevado.

Discussão: A doença relacionada a IgG4 é uma doença imune fibroinflamatória crónica, caracterizada pela infiltração de um ou mais tecidos por plasmócitos IgG4. Uma das manifestações pulmonares desta doença é o pseudo-tumor inflamatório. A ausência de envolvimento de outros órgãos é rara. O diagnóstico definitivo baseia-se em vários critérios clínicos e a pesquisa do valor sérico de IgG4 pode ser normal.

Palavras-chave: Massa. Tumor. IgG4.

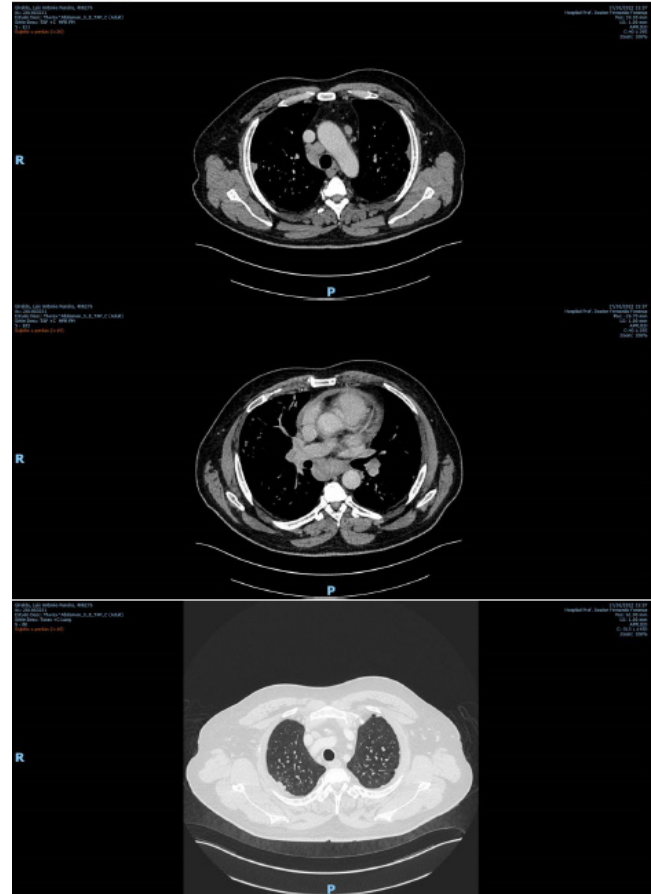
PO015. A VASCULITE E A PEDREIRA - UMA ASSOCIAÇÃO NÃO INVULGAR

Rúdi Fernandes, Marisa Anciães, Fernando Rodrigues

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.

Introdução: A silicose é uma doença pulmonar intersticial crónica, atualmente irreversível e incurável, causada pela inalação crónica de cristais de sílica. Existem igualmente outras condições descritas na literatura associadas à sua exposição, como é o caso das doenças autoimunes.

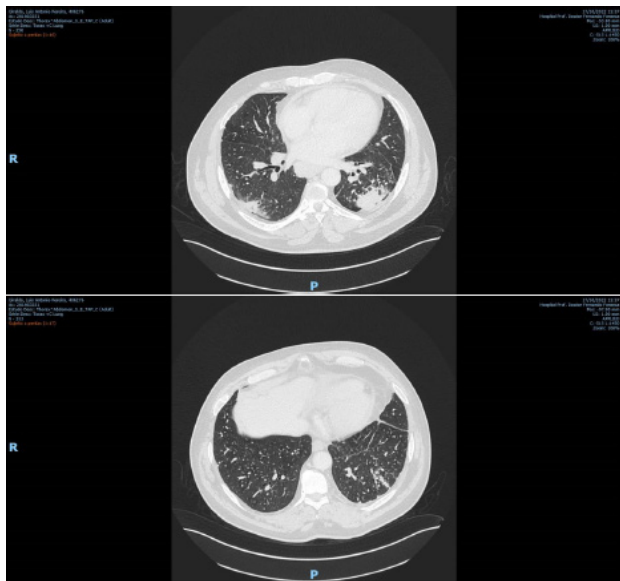
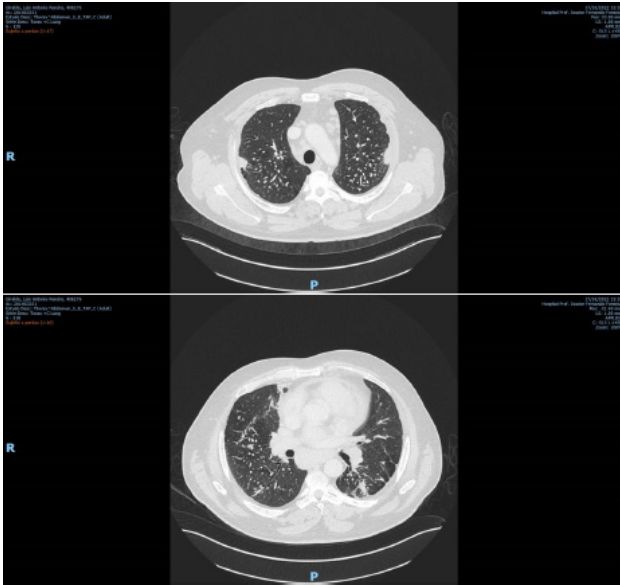
TC 17/10/2022:



Caso clínico: Apresentamos o caso de um homem de 51 anos, fumador (CT 35 UMA), com consumo prévio de drogas endovenosas e história conhecida de hepatite C, recentemente internado no serviço de Nefrologia por glomerulonefrite rapidamente progressiva (GNRP). Foi confirmado o envolvimento renal por vasculite ANCA MPO positiva após biópsia renal e estudo auto-imune concordante. Por esse motivo iniciou indução com pulsos de metilprednisolona e posteriormente esquema manutenção com ciclofosfamida. Tratava-se de um trabalhador da indústria das pedreiras, exposto ao corte de pedra desde os 16 anos de idade, que não valorizava qualquer sintoma respiratório ou constitucional. A TC torácica evidenciava um padrão nodular denso e extenso com nódulos coalescentes e distribuição peribroncovascular, associado a exuberantes adenopatias mediastínicas não calcificadas. Para esclarecimento destas alterações foi submetido a videobroncofibroscopia (BFO) com lavado broncoalveolar (LBA) cuja análise não revelou alterações patológicas nem evidenciou cristais refringentes à luz polarizada. Realizou TBNA das adenopatias por EBUS, que salientou aspetos sugestivos de linfadenite granulomatosa não necrotizante. Todo o estudo bacteriológico e micobacteriológico dos diversos produtos obtidos foi negativo. Nas provas de função respiratória apresentava

uma restrição ligeira com diminuição ligeira da DLCO. Após discussão em RMD, foi admitida pneumoconiose sem envolvimento pulmonar por vasculite, encontrando-se por esse motivo em vigilância.

Conclusões: No caso descrito, apesar de não ser possível excluir com certeza outros diagnósticos, a irreversibilidade das lesões após terapêutica imunossupressora favoreceu o diagnóstico de silicose. A sílica está associada a diversas doenças autoimunes nas quais se incluem, a esclerose sistêmica, a artrite reumatoide, o lúpus eritematoso sistêmico, mas também as vasculites ANCA positivas.



Palavras-chave: Silicose. Vasculite ANCA. Adenopatias. Nódulos pulmonares.

PO016. ARTRITE REUMATÓIDE DE APRESENTAÇÃO INCOMUM

Sara Martins, Sofia Lopes, Inês Vicente, Salette Valente

Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira.

Introdução: Os derrames pleurais inflamatórios são uma complicação incomum observada em cerca de 2% a 5% dos doentes com ar-

trite reumatóide (AR). Tipicamente, ocorrem durante a evolução da doença estabelecida, sendo raros na ausência de doença artrítica.

Caso clínico: Relatamos o caso de um homem, de 47 anos, mineiro, fumador ativo, em abstinência alcoólica, com antecedentes de carcinoma epidermóide do lábio, com história de tosse produtiva de expetoração mucosa de longa data, sem outras queixas sistêmicas quando exploradas, mantendo as atividades de vida diárias sem limitações. Em exames de rotina apresenta derrame pleural esquerdo, associado a espessamento irregular da pleura, múltiplas adenopatias mediastínicas e formações nodulares com densidade de partes moles, a maior de contornos espiculados e cavitada a nível do lobo superior. Foi realizada toracocentese, com saída de líquido turvo, serofibrinoso de pH 7,2 e glicose de 3 mg/dL, citologia inflamatória com predomínio de polimorfonucleares pelo foi colocado dreno torácico e iniciada antibioterapia, em isolamento respiratório. Realizou broncofibroscopia, sem alterações. Do estudo analítico alargado, apresentava VS 30 e anti-CCP elevado, sem outras alterações. Realizou biópsia transtorácica do nódulo subpleural que revelou que apoiou o diagnóstico de AR. Três meses depois, iniciou queixas de poliartralgias características, com melhoria após início de imunossupressão em consulta de Reumatologia, preenchendo os critérios de diagnóstico.

Discussão: Este caso clínico traduz uma condição rara, em que o envolvimento pulmonar pela AR surgiu como derrame pleural, mimetizando patologia infecciosa e antecedendo as queixas articulares características, constituindo um desafio diagnóstico. Sugere-se que, apesar dos fatores de risco para outras causas estarem presentes, este seja um diagnóstico que a ser pensado num estudo inicial de derrame pleural e nódulos pulmonares.

Palavras-chave: Artrite reumatóide. Derrame pleural.

PO017. DE INFEÇÃO LIGEIRA A PNEUMONIA ORGANIZATIVA A SARS-COV-2 EM SETE SEMANAS

Patrícia Trindade¹, António Moreno Marques², Sofia Pinto¹, Raquel Soares³, João Freitas³, Mónica Pereira^{1,4}, Patrícia Howell Monteiro³, Paula Pinto^{1,4}

¹Departamento de Tórax, Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. ²Departamento de Infeciologia, Serviço de Doenças Infecciosas, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. ³Serviço de Medicina II, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. ⁴Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, ISAMB.

Introdução: A infeção SARS-CoV-2 tem um comportamento atípico nalguns subgrupos de doentes como os imunodeprimidos, podendo as suas consequências serem mais prolongadas no tempo.

Caso clínico: Mulher, 70 anos, autónoma, com diagnóstico de linfoma folicular 4B desde julho de 2021, cumpriu terapêutica de indução com rituximab-bendamustina e atualmente sob rituximab em terapêutica de manutenção. Vacinação completa para SARS-CoV-2. Iniciou quadro caracterizado por febre, tosse seca, anorexia e diarreia com dois dias de evolução tendo sido diagnosticada infeção ligeira SARS-CoV-2 a 11/06/2022, fez curso de antibioterapia em ambulatório por provável sobreinfeção bacteriana com resolução sintomática. Admitida noutra Hospital a 04/07/2022 por hipoxémia e neutropénia febril com provável ponto de partida pulmonar (TC torácica com consolidações bilaterais) vs abdominal (colecistite aguda), realizou curso de antibioterapia de largo espectro e corticoterapia com melhoria inicial. Posterior agravamento respiratório com TC torácica demonstrando áreas de densificação em vidro despolido bilaterais de novo. Realizou broncofibroscopia com deteção em lavado bronco-alveolar de SARS-CoV-2 com CTs 17-21, transferência para um Hospital Universitário por infeção SARS-CoV-2 ativa. Realizou cinco dias de remdesivir, corticoterapia e manteve antibioterapia com evolução clínica e laboratorial favorável e TC torácica de reavaliação sobreponível, tendo tido alta a 27/07 sob desmame de corticoterapia e com

teste antigénico SARS-CoV-2 negativo. Readmissão a 01/08 por febre persistente, dispneia e hipoxémia, com PCR SARS-CoV-2 positivo e TC torácica mostrando pneumonia organizativa dos lobos inferiores com envolvimento 50% parênquima. Aumentou dose de corticoterapia, fez oxigenoterapia com aporte máximo 10 L/min, imunoglobulina e novo curso de remdesivir 10 dias, com melhoria clínica e laboratorial, tendo tido alta sob desmame de corticoterapia, mantendo positividade para infecção SARS-CoV-2.

Discussão: Este caso retrata o curso prolongado e não linear de uma infecção SARS-CoV-2 inicialmente ligeira que evoluiu para pneumonia organizativa após sete semanas de infecção em doente imunodeprimida, mesmo sob terapêutica otimizada.

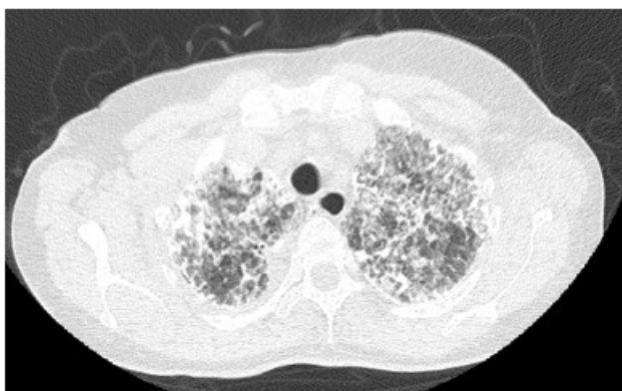
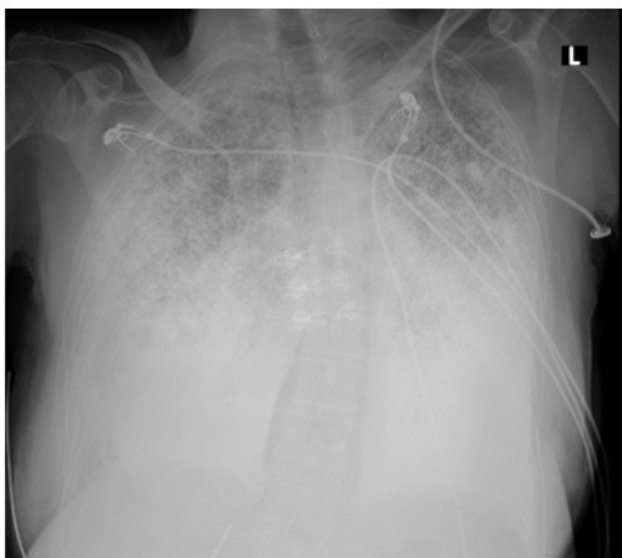
Palavras-chave: Imunodeprimido. COVID 19. Pneumonia organizativa.

PO018. MICROLITÍASE ALVEOLAR PULMONAR: UMA RARIDADE DIAGNÓSTICA

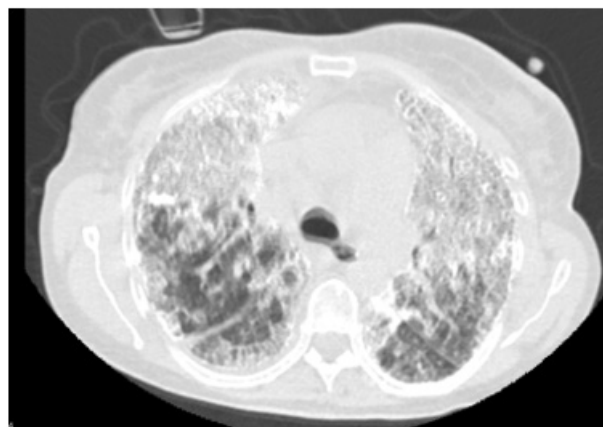
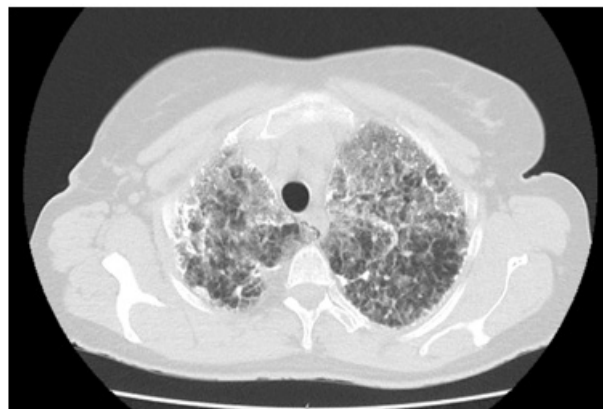
Maria Bragança, Valeria Maione, Inês Macedo, Maria João Santos, Filipa Ferro, Cristina Bárbara

CHULN.

Introdução: A microlitíase alveolar pulmonar (MAP) é uma patologia rara, caracterizada pela acumulação de fragmentos (micrólitos) de fosfato de cálcio nos alvéolos.



tendo mantido seguimento irregular na Pneumologia, com abandono da consulta. Aos 63 anos, por franco agravamento da dispneia (mMRC 3) e cansaço para médios esforços é novamente referenciada a Pneumologia. Realizou TC-tórax que mostrou múltiplas imagens de alta densidade em todo o parênquima pulmonar, particularmente na metade inferior de ambos os pulmões, com calcificação dos septos interlobulares. Foi proposta biópsia pulmonar que a doente recusou. Foi discutida em reunião multidisciplinar de patologia do Interstício tendo-se admitido o diagnóstico de MAP. Atualmente aos 64 anos de idade, mantém-se autónoma, a trabalhar como empregada doméstica, com insuficiência respiratória global, sob OLD e VNI. Refere agravamento e limitação funcional nas tarefas, estando integrada em programa de reabilitação respiratória. Mantém recusa de biópsia ou referência a programa de transplante pulmonar.



Caso clínico: Mulher, sem antecedentes pessoais conhecidos, não fumadora, trabalhadora como empregada doméstica. Referia queixas de dispneia desde os 25 anos de idade, com agravamento progressivo,

Discussão: A MAP, uma doença rara e progressiva. Acredita-se que seja causada por mutação do gene SLC34A2 que codifica um co-transportador iônico de sódio/fosfato presente maioritariamente nos alvéolos tipo II. A inativação deste canal leva acumulação do fosfato do surfactante nos alvéolos, levando à formação de micrólitos de fosfato de cálcio. O diagnóstico é geralmente estabelecido através de alterações imagiológicas patognômicas, sendo estas normalmente desproporcionais em relação aos sintomas. Na impossibilidade de obtenção de biópsia, a discussão em RMD da história clínica associada às alterações imagiológicas, foi essencial ao estabelecimento do diagnóstico.

Palavras-chave: Microlitíase alveolar pulmonar. Micrólitos. Dispneia crónica. Alterações imagiológicas. Patognômicas.

PO019. SAÚDE MENTAL - UM DESAFIO NA PATOLOGIA DO INTERSTÍCIO PULMONAR

Mariana Tavares, Filipa Fernandes, Madalena Reis, Élin Almeida, Filipa Jesus, Fernando Silva, Joana Ribeiro, Sara Braga, Luís Ferreira

ULS Guarda.

Objetivos: As patologias do interstício pulmonar associam-se a elevada prevalência de ansiedade e depressão, podendo traduzir-se em frequentes admissões hospitalares, má adesão terapêutica e incapacidade física crescente. Estudos recentes apontam os programas de reabilitação respiratória (RR) como uma ferramenta que permite contribuir para melhorar a qualidade de vida destes doentes. Avaliar o impacto dos programas de RR nos níveis de depressão e ansiedade dos doentes diagnosticados com patologia do interstício pulmonar no Serviço de Pneumologia de um hospital distrital.

Métodos: Estudo comparativo retrospectivo no qual foi aplicada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) a doentes com patologia do interstício pulmonar antes (Grupo 1) e após (Grupo 2) programa de 12 semanas de RR. Variáveis avaliadas: género, idade, diagnóstico e score HADS ≥ 8 pontos: ansiedade (HADS-A) ou depressão (HADS-D) prováveis.

Resultados: N = 19 doentes, 84,2% homens e 15,8% mulheres, com idade média de 65,89 anos e os seguintes diagnósticos: silicose (52,6%); pneumonite de hipersensibilidade (21,1%); fibrose pulmonar idiopática (10,5%); fibrose pulmonar associada a DTC (10,5%); e poliomiosite (5,3%). Apresentaram ansiedade provável, 73,68% doentes Grupo 1 e 57,89% Grupo 2 ($p = 0,400$) e depressão provável 47,37% doentes Grupo 1 e 42,11% Grupo 2 ($p = 0,365$). Dos doentes com score HADS-A ≥ 8 o valor médio foi de 9,00 antes e de 7,64 depois do programa de RR ($p = 0,098$). Dos doentes com score HADS-D ≥ 8 o valor médio foi de 9,67 antes e de 7,78 depois do programa de RR ($p = 0,131$).

Conclusões: O presente estudo identificou elevada prevalência de ansiedade e depressão na população estudada. O programa de RR parece ter um impacto positivo nos níveis de ansiedade e depressão, com redução do score HADS na maioria dos doentes estudados. O reduzido tamanho da amostra e a aplicação de apenas uma das escalas disponíveis para avaliação da ansiedade/depressão, pode explicar a ausência de diferenças estatisticamente significativas. Pela importância da saúde mental e o impacto que poderá ter no controlo da doença, deverão ser ponderadas estratégias adicionais nestes doentes.

Palavras-chave: Saúde mental. Patologia do interstício pulmonar. Ansiedade. Depressão.

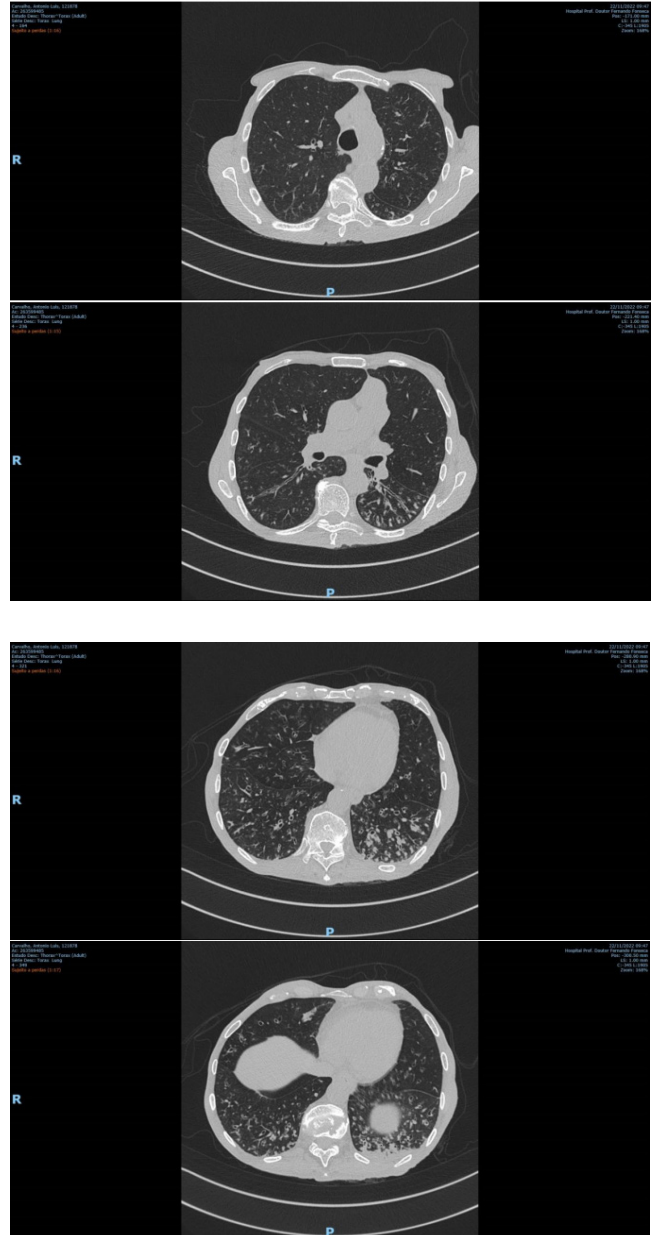
PO020. DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR GRANULOMATOSA LINFOCÍTICA EM DOENTE COM SÍNDROME DE GOOD

Rúdi Fernandes, Marisa Anciães, Fernando Rodrigues

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.

Introdução: A síndrome de Good (SD) é considerada uma imunodeficiência combinada de células B e T caracterizada por um aumentado risco de infeções e uma desregulação imune sistémica que pode afetar diversos órgãos, incluindo os pulmões. A doença intersticial pulmonar granulomatosa linfocítica (GLILD) é uma complicação não infecciosa desta desregulação.

TC 22/11/22:



Caso clínico: Apresentamos o caso de um homem de 77 anos, não fumador, com uma massa mediastínica anterior (5,6 cm diâmetro), cujo diagnóstico de timoma tinha sido recentemente confirmado após realização de biópsia aspirativa transtorácica. Da história médica pregressa, destacava-se a existência de internamentos por infeções respiratórias sem isolamento de agente e ocorrência de múltiplas infeções oportunistas. A avaliação imunológica revelou uma imunodeficiência humoral e celular, com défice de linfócitos B e T CD4+, enquadrada num SG. Por perda de 20 Kg no último ano, tosse com expectoração mucosa e agravamento da dispneia, realizou TC torácica que revelou múltiplos nódulos pulmonares centrilobulares, dispersos bilateralmente, associados a discretas bronquiectasias cilíndricas nos lobos inferiores. O lavado broncoalceolar re-

velou a presença de elementos leveduriformes. O estudo citológico foi compatível com alveolite neutrofílica (62% neutrófilos). Porém, a detecção de DNA fúngico por PCR, a pesquisa de galactomanano, assim como todo o estudo micro-bacteriológico foram negativos. As criobiópsias pulmonares revelaram um infiltrado inflamatório mononuclear do parênquima com formação de um granuloma epitelióide. Após discussão em RMD, foi admitida GLILD, e iniciou corticoterapia sistêmica com boa resposta clínica.

Discussão: Pretende-se com este caso sublinhar que o diagnóstico diferencial de micronodulação pulmonar múltipla é extenso, e embora as etiologias infecciosas sejam as mais frequentes, a possibilidade (rara) de GLILD não deve ser esquecida. Esta tem sido associada a lesão pulmonar progressiva e a mau prognóstico. Não existem de momento critérios definidos de diagnóstico ou tratamento, pelo que o relato dos casos clínicos identificados contribuirá para a definição da sua história natural.

Palavras-chave: GLILD. Síndrome de Good. Doença granulomatosa. Imunodeficiência.

PO021. PROTEINOSE ALVEOLAR PULMONAR SECUNDÁRIA A INCÊNDIOS FLORESTAIS

Daniela Cardoso, Pedro Ferreira

CHUC.

Introdução: A proteinose alveolar pulmonar (PAP) é uma doença rara, caracterizada pela *clearance* ineficaz do surfactante e consequente acumulação no espaço alveolar, comprometendo as trocas gasosas. A PAP secundária representa 4% dos casos e surge frequentemente associada a distúrbios hematológicos, estados de imunodepressão ou inalação de partículas tóxicas inorgânicas. O tabagismo tem sido proposto como fator de risco e parece correlacionar-se com maior gravidade.

Caso clínico: Mulher de 83 anos, agricultora reformada, não fumadora. Apresentava quadro de tosse seca, pieira ocasional e dispneia de esforço com 4 anos de evolução insidiosa. Como comorbidades tinha HTA e DM, sem medicação crónica imputável de pneumotoxicidade. Além de exposição inalatória a aves apurou-se exposição intensa a fumo dos incêndios florestais de Pedrógão Grande, com clara relação com o início das queixas. O exame objetivo não apresentava alterações. A espirometria era normal, com prova de broncodilatação negativa e redução da DL_{co} (70%). A TC-AR revelava múltiplas áreas em vidro despolido (VD) e algum *crazy paving*. Realizou broncofibroscopia com lavado broncoalveolar (178.000 cel/mL, 48% neutrófilos e 4% linfócitos) e biópsias transbronquiais (parênquima pulmonar sem particularidades). O estudo microbiológico invasivo foi negativo. Prosseguiu-se na investigação perante a suspeita de PAP: autoimunidade negativa, precipitinas com título elevado de antigénio de pombo, TC-AR atualizada com alterações mais extensas; agravamento funcional com restrição ventilatória; repetição do lavado com material eosinófilo PAS positivo. Em reunião multidisciplinar estabeleceu-se o diagnóstico de PAP. Para estudo etiológico foram doseados os anticorpos anti-GM-CSF, com resultado normal. Outras etiologias mais comuns foram excluídas assumindo-se como causa mais provável a exposição ao fumo dos fogos florestais.

Discussão: A PAP é uma doença rara, sendo este o primeiro caso conhecido associado aos incêndios florestais. A história clínica cuidada, conhecimento das comorbidades e exposições inalatórias é crucial no estudo da PAP secundária. São urgentes *guidelines* de orientação clínica e standardização da abordagem da PAP.

Palavras-chave: Proteinose alveolar pulmonar. Incêndios.

PO022. SARCOIDOSE CARDÍACA. A PROPÓSITO DE DOIS CASOS

Catarina Barata¹, Rita Pinto Basto², Leonardo Ferreira²

¹Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

²Hospital de Dia Pneumológico, Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte.

Introdução: A sarcoidose cardíaca (SC) é uma patologia subdiagnosticada. O diagnóstico é um desafio, dado o baixo rendimento da biópsia endomiocárdica e à limitação dos critérios de diagnóstico. Apresentamos dois casos de SC seguidos no Hospital de Dia Pneumológico do Hospital Pulido Valente.

Casos clínicos: Caso 1: Mulher de 47 anos, iniciou queixas de dispneia de esforço, tosse seca e palpitações em 2017. O exame objetivo, laboratorial e radiografia de tórax eram normais. Apresentou sucessivos episódios de síncope, foi avaliada em diversas Especialidades Médicas e assumiu-se vários diagnósticos (síncope vaso-vagais, síndrome depressiva, epilepsia). Em 2021 recorreu ao SU após síncope com traumatismo crânio-encefálico, tendo-se identificado bloqueio aurículo-ventricular completo. Sofreu múltiplas paragens cardiorrespiratórias durante o internamento, e foi colocado dispositivo de resincronização com desfibrilhador integrado. A TC tórax detetou opacidades pulmonares nodulares e adenomegalias mediastínicas. Analiticamente apresentava ECA de 68 U/L. A ressonância magnética cardíaca (RMN-C) evidenciou afilamento miocárdico do septo basal e realce tardio linear do septo interventricular basal; a Tomografia de emissão de positrões (PET-scan) mostrou inflamação miocárdica ativa a nível do VE, valvular mitral e septo interventricular. Foi feito diagnóstico de Sarcoidose pulmonar e cardíaca e iniciou terapêutica. Caso 2: Mulher de 61 anos, diagnosticada com sarcoidose pulmonar estadio II em 2012, mantinha-se assintomática e sem terapêutica até à data. Em 2019 iniciou quadro de síncope e palpitações. Realizou Holter que evidenciou sístoles ventriculares monomórficas, e analiticamente apresentava ECA de 58 U/L; a RMN-C mostrou realce tardio focal intra-mural no VE; a PET-scan mostrou captação moderada de radiofármaco na parede lateral do VE. Assumiu-se o diagnóstico de SC e a iniciou tratamento

Discussão: Apresentamos dois casos de SC relevantes pela sua disparidade na apresentação e marcha diagnóstica, evidenciando a dificuldade no diagnóstico de SC. Dado o mau prognóstico é essencial aumentar a suspeita clínica e realizar diagnósticos e intervenções terapêuticas mais precoces.

Palavras-chave: Sarcoidose cardíaca. Sarcoidose.

PO023. PATOLOGIA PULMONAR DIFUSA E NEOPLASIA DO PULMÃO CONCOMITANTES EM DOENTE SOB TERAPÊUTICA ANTI-TNF ALFA

Mariana Tavares, Filipa Fernandes, João Costa, Élin Almeida, Filipa Jesus, Fernando Silva, Joana Ribeiro, Sara Braga

ULS Guarda.

Introdução: O etanercept é usado no tratamento da psoríase moderada-grave, refratária ou com contraindicação/intolerância a outra terapêutica sistémica. Apesar de constituir uma opção segura com menor potencial imunogénico do que outros inibidores do TNF-alfa, o seu uso crescente, tem permitido objetivar graves efeitos secundários, cujo mecanismo não se encontra plenamente esclarecido.

Caso clínico: Homem, 69 anos, ex-fumador (90 UMAS). Antecedentes de psoríase grave desde a 3ª década sob terapêutica com etanercept há 10 anos. Referenciado à consulta de Pneumologia por quadro de dispneia para pequenos esforços. No estudo funcional respiratório, apresentava um padrão ventilatório restritivo. Na TC tórax, foi identificada reticulação subpleural de predomínio na base direita. A broncofibroscopia não tinha alterações estruturais. Exame cultural bacteriológico e micobacteriológico do LBA negativo. No LBA, foi identificada alveolite linfocítica (51%) com relação CD4/CD8 aumentada. Foi realizada criobiópsia pulmonar transbrônquica em s8+s9 direitos cujo estudo anatomopatológico identificou lesões compatíveis com pneumonia intersticial com reação granu-

lomatosas. Após discussão em reunião multidisciplinar, foi assumida doença pulmonar intersticial secundária a terapêutica com etanercept, tendo sido suspenso o fármaco, com melhoria clínica transitória. Após 6 meses, o doente apresentou agravamento da sintomatologia respiratória, anorexia e perda ponderal. Na TC tórax, foi detetado um nódulo subpleural no segmento anterior do LSE. A PET-CT detetou um nódulo no segmento anterior do LSE com 33 × 26 mm, adenopatias, metastização óssea lítica e possível linfangite carcinomatosa. Realizou BATT com resultado anatomopatológico compatível com carcinoma de pequenas células do pulmão (CPPC). **Discussão:** A utilização de inibidores do TNF-alfa, como o etanercept, pode ter efeitos secundários graves e potencialmente fatais. Neste caso, a imunossupressão secundária à toma de etanercept conduziu ao aparecimento, em simultâneo, de uma Doença Pulmonar Intersticial e de um CPPC. Assim, é necessário um elevado nível de suspeita clínica de forma a diagnosticar e tratar, de forma precoce, condições clínicas secundárias à utilização destes agentes biológicos.

Palavras-chave: Etanercept. Doença pulmonar intersticial. Carcinoma de pequenas células.

PO024. NEOPLASIA OU NEM POR ISSO? A PROPÓSITO DE UM CASO DE SARCOIDOSE

Ana Sara Gonçalves, João Carvalho, Cláudia Sousa, Vítor Teixeira
Hospital dos Marmeleiros.

Introdução: A Sarcoidose é uma doença granulomatosa sistémica idiopática cuja expressão imagiológica pulmonar pode ocorrer na forma de pequenos nódulos peri-linfáticos, consolidações ou massas, acompanhados frequentemente de adenopatias hilares e mediastínicas com/sem calcificação.

Caso clínico: Descreve-se o caso de uma mulher, 68 anos, ex-fumadora, com diagnósticos prévios de DPOC, Hipertensão Arterial, Doença Renal Crónica e Cardiopatia isquémica. História de lesão cutânea eritematosa na região malar esquerda, episódios de dacriocistites de repetição e lesão ulcerada do septo nasal. Seguida em consulta de Pneumologia por alterações imagiológicas suspeitas de neoplasia, tendo sido submetida a duas broncofibroscopias (BFC) cujas biópsias não detetaram atipia. Realizou tomografia por emissão de positrões que revelou atividade no nariz, em densificações retrácteis pulmonares bilaterais, gânglios intratorácicos e extratorácicos, medula óssea e baço. Foi discutido o caso em reunião multidisciplinar (RMD) de Oncologia que considerou *follow-up* imagiológico a seis meses. A findar desse período, foi internada no nosso Serviço por apresentar falta de força nos membros inferiores e sintomas constitucionais. Do estudo realizado, destaca-se: BFC com lavado broncoalveolar com baixa rentabilidade para estudo de celularidade e biópsias brônquicas com infiltrado inflamatório crónico sem atipia. Reinternamento por quadro de infeção respiratória, tendo iniciado trimetoprim/sulfametoxazol dirigido a *Staphylococcus aureus*, identificado anteriormente nas lavagens brônquicas. Realizada punção aspirativa transtorácica de consolidação à direita que identificou inflamação crónica por mononucleares. Do estudo analítico, destaca-se autoimunidade negativa e doseamento da enzima conversora de angiotensina no limite superior do normal. O caso foi discutido em RMD de Doenças do Interstício e assumiu-se o diagnóstico de Sarcoidose, pelas características clínicas, imagiológicas e da biópsia cutânea prévia da lesão eritematosa malar esquerda (com inflamação granulomatosa não necrotizante). A doente mantém seguimento em consulta de Pneumologia, sob corticoterapia de baixa dose e metotrexato.

Caso clínico: Este caso visa retratar as dificuldades diagnósticas de alguns casos de Sarcoidose, impondo o diagnóstico diferencial com neoplasia.

Palavras-chave: Neoplasia. Doença granulomatosa. Sarcoidose. Reunião multidisciplinar.

PO025. PNEUMONIA ORGANIZATIVA COMO MANIFESTAÇÃO RADIOLÓGICA DE PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE

Ana Rita Pereira, David Gomes, Sofia Castro, Vânia Fernandes
Centro Hospitalar do Baixo Vouga.

Introdução: A pneumonite de hipersensibilidade (PH) consiste na inflamação e lesão do interstício e parênquima pulmonar resultante da resposta imunológica a antigénios inalados. Até 50% dos casos apresentam aspetos anatomopatológicos de pneumonia organizativa (OP), mas o padrão radiológico de OP é raro. A identificação da exposição é fundamental para a suspeita diagnóstica e evicção.

Caso clínico: Mulher de 50 anos, fumadora, ex-toxicodependente, asmática, com 4 internamentos em 7 meses por quadro respiratório agudo interpretado como pneumonia, 3 dos quais com interlúdio máximo de 5 dias, sem isolamentos microbiológicos para além de HSV1 no lavado broncoalveolar (LBA) do último internamento. Recorreu ao serviço de urgência um dia após alta hospitalar por dispneia, tosse produtiva e toracalgia com horas de evolução. Apresentava-se normotensa, normocárdica, apirética e com sibilância expiratória mais intensa na base direita. Gasimetricamente com insuficiência respiratória hipoxémica e analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios sem eosinofilia. Radiologicamente observava-se consolidação na metade inferior do hemitórax direito agravada. Do estudo realizado salientam-se densificações migratórias nas tomografias computadorizadas do tórax e secreções purulentas abundantes com alveolite neutrofílica em LBA do internamento prévio. Colocaram-se como principais hipóteses diagnósticas OP e pneumonia nosocomial. Posteriormente, foi identificada exposição a planta putrefacta bolorenta que paciente mantinha perto do leito há 1 ano e que manipulava horas antes da readmissão. A histologia revelou alterações compatíveis com OP, associadas à presença de células gigantes multinucleadas, aspetos compatíveis com PH. Foram identificadas IgGs séricas específicas para *Candida albicans*, *Aspergillus* e *Penicillium chrysogenum*. O caso foi discutido em reunião multidisciplinar. Assumiu-se PH com fenótipo de OP. Iniciou corticoterapia e evicção da exposição com melhoria clínica, analítica e imagiológica.

Discussão: Apresentamos um caso raro e desafiante, com características clínicas e radiológicas de OP, cuja anamnese e histologia permitiram diagnosticar como pneumonite de hipersensibilidade. A anamnese revela-se essencial para enquadrar a clínica e identificar a exposição.

Palavras-chave: Pneumonite de hipersensibilidade. Pneumonia organizativa. Fungos.

PO026. PNEUMONIA INTERSTICIAL AGUDA PL-12 POSITIVA NA AUSÊNCIA DE MIOSITE INFLAMATÓRIA

Beatriz Ferraz, Tiago Oliveira, Maria Brandão,
Graziela Carvalheiras, Ana Campar, Filipa Correia, Adelaide Alves,
Catarina Lacerda

Centro Hospitalar Universitário do Porto.

Introdução: A pneumonia intersticial aguda é uma lesão alveolar difusa idiopática que ocorre em doentes sem doença pulmonar prévia. Os autores descrevem um caso de uma pneumonia intersticial aguda com resposta favorável ao rituximab e imunoglobulinas.

Caso clínico: Sexo masculino, 77 anos, autónomo. Ex-fumador (124 UMAs), história de exposição a pombos. Recorreu ao SU, por tosse seca e dispneia para esforços progressivamente menores com uma semana de evolução. Ao exame objetivo, crepitações inspiratórias bibasais na auscultação e insuficiência respiratória (IR) tipo I grave. AngioTC torácica mostrou reticulação subpleural e espessamento dos septos interlobulares periféricos, com áreas de densificação alveolar periféricas em padrão de vidro despolido. Alterações de novo, relativamente a 2018. O estudo etiológico realizado foi nega-

tivo para isolamento de agentes e serologias infecciosas. Do painel imunológico, destacava-se anticorpo anti-PL-12 fracamente positivo e ANAs negativos. Por manutenção da IR grave escalada oxigenoterapia para alto fluxo, alargado espectro antibiótico e iniciados pulsos de metilprednisolona. Decidido não proceder a entubação oro-traqueal pelo risco de lesão pulmonar adicional. Por manutenção de agravamento clínico, discutido em reuniões multidisciplinares em que foi assumido o diagnóstico de pneumonia intersticial aguda associada a síndrome antisintetase, pelo que iniciou rituximab e imunoglobulinas. Verificou-se melhoria clínica paulatina, com TC torácica a mostrar resolução quase completa das áreas de consolidação, apenas com persistência de áreas em vidro despolido, de localização subpleural. Alta após 63 dias de internamento. Atualmente, sob oxigenoterapia de longa duração (3 L/min), prednisolona (20 mg/dia), imunoglobulinas mensais e rituximab semestral. Tolerância progressiva aos esforços, atualmente com dispneia grau 2 (escala mMRC).

Discussão: A pneumonia intersticial aguda pode ser uma primeira manifestação do síndrome antisintetase, sendo uma hipótese de diagnóstico a considerar nestes doentes. Assim, reforçamos a necessidade de solicitar um painel imunológico alargado em todos os doentes que apresentam, de forma aguda, doença pulmonar intersticial, mesmo na ausência de atingimento sistémico.

Palavras-chave: *Pneumonia intersticial aguda. Doenças pulmonares difusas. Síndrome anti-sintetase. Imunoglobulinas. Rituximab. Insuficiência respiratória.*

PO027. DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO DE PNEUMONIA EOSINOFÍLICA CRÓNICA - 3 CASOS CLÍNICOS

Sofia Magno Pinto¹, Patrícia Trindade¹, Raquel Silva¹, Diana Organista¹, Miguel Guia^{1,2}, Rita Macedo¹, Ana Cristina Mendes¹, Paula Pinto^{1,2}, Cristina Bárbara^{1,2}

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

Introdução: A Pneumonia eosinofílica crónica é uma doença idiopática caracterizada por eosinofilia periférica superior ou igual a 500 eosinófilos/ μ L, alterações imagiológicas do pulmão com opacidades periféricas bilaterais descritas como “fotografia negativa” do edema pulmonar e eosinofilia no lavado broncoalveolar superior a 25%. A avaliação histopatológica do pulmão não é considerada mandatória. Apresentam-se 3 casos clínicos cuja confirmação diagnóstica não foi linear e dependeu de diferentes abordagens.

Caso clínico: Doentes de 57, 59 e 24 anos, com quadros de apresentação semelhantes, pautados por tosse seca, cansaço e dispneia, com poucos meses de evolução. À avaliação, com eosinofilia periférica com valores compreendidos entre 1.660-6.320 células/uL e TC de tórax com alteração bilateral da densidade pulmonar por espessamento do interstício periférico, áreas de vidro despolido no vértice e lobo superior esquerdo e áreas de consolidação parenquimatosa de distribuição predominantemente periférica sub-pleural em toda a extensão de ambos os pulmões, respectivamente. Relativamente ao diagnóstico diferencial: os estudos microbiológicos, inclusive pesquisa de parasitas e estudo de auto-imunidade foram negativos. Foi excluída a introdução de novos fármacos. Foi realizado lavado broncoalveolar (LBA) e aferido 6%, 26% e 16% de eosinófilos. O LBA foi diagnóstico em apenas um doente e mantendo-se a presunção diagnóstica nos restantes, foi decidido realizar biópsia pulmonar do primeiro e terceiro doente. O primeiro doente foi submetido a biópsia cirúrgica, cujo resultado foi de infiltrado polimórfico hipereosinofílico, confirmando o diagnóstico de pneumonia eosinofílica. O terceiro doente foi submetido a biópsia transtorácica guiada por TC, mostrando moderado infiltrado eosinofílico confirmando-se também o mesmo diagnóstico.

Discussão: O diagnóstico de pneumonia eosinofílica é desafiante e com este trabalho, realça-se a importância de alternativas diagnósticas perante resultados não satisfatórios do lavado broncoalveolar.

Palavras-chave: *Pneumonia eosinofílica crónica. Biópsia pulmonar. Eosinofilia pulmonar.*

PO028. LEIOMIOMATOSE BENIGNA METASTIZANTE. UMA PATOLOGIA BENIGNA MAS POTENCIALMENTE FATAL

Sofia Martins de Castro, Andreína Vasconcelos, Catarina Cascais Costa, David Gomes, Ana Rita Pereira, Eduarda Seixas, Gilberto Teixeira, Lília Andrade

Centro Hospitalar do Baixo Vouga.

Introdução: A leiomiomatose-benigna-metastizante (LBM) é uma neoplasia uterina benigna rara, que consiste na proliferação benigna de células de músculo liso por via hematogénica, de etiopatogenia não totalmente esclarecida. Caracteriza-se por lesões leiomiomatosas extra-uterinas, sendo o pulmão o local mais frequentemente alvo de metastização. A maioria das doentes é assintomática e o diagnóstico é realizado na investigação de nódulos pulmonares incidentais

Caso clínico: Mulher, 57 anos, sem antecedentes de relevo, seguida previamente na consulta de Ginecologia com diagnóstico de leiomioma uterino submetida a histerectomia total e anexectomia bilateral, com a descrição histológica de leiomioma subseroso. Nesse ano foi também sujeita a uma biópsia pulmonar cirúrgica, devido a um padrão nodular difuso em radiografia incidental, fazendo-se o diagnóstico de LBM. Deu entrada no SU, 7 anos depois, com queixas de dispneia súbita e toracalgia de características pleuríticas à direita. Realizada radiografia torácica que mostrou um hidropneumotórax espontâneo secundário, com necessidade de drenagem, com saída de líquido pleural sero-hemático. Boa evolução clínica e imagiológica durante o internamento. Neste período doente realizou uma TC torácica que mostrou “...em ambos os campos pulmonares, com distribuição aleatória, algumas imagens nodulares... sua maioria componente aéreo, com parede espessada e irregular...”. Foi proposta para pleurodesis cirúrgica eletiva tendo sido recusada pela dificuldade técnica expectável. Seguimento atual em consultas de pneumologia, sem queixas a registar, para vigilância clínica e imagiológica e foi novamente encaminhada para consulta de ginecologia pela necessidade de iniciar tratamento com inibidores de aromatase que melhor controlam esta doença.

Discussão: Este caso clínico tem por objetivo relembrar uma patologia rara, para que mais facilmente seja identificado pela comunidade médica. Embora seja indolente e de prognóstico geralmente bom, pode progredir para falência respiratória e morte quando não diagnosticado atempadamente. O índice de suspeição deve ser elevado aquando da presença de formações nodulares distribuídas aleatoriamente pelos campos pulmonares, com áreas de cavitação.

Palavras-chave: *Leiomiomatose benigna metastizante. Rara.*

PO029. DOENÇA DE CROHN PULMONAR: UMA MANIFESTAÇÃO EXTRA-INTESTINAL RARA

Inês Carvalho¹, Maria Jacob^{1,2}

¹Centro Hospitalar e Universitário de São João. ²Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Introdução: A doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória intestinal que apresenta manifestações intestinais e sistémicas. O envolvimento pulmonar é relativamente incomum nesta patologia. As manifestações pulmonares podem variar desde alterações nas provas de função pulmonar, doença das vias aéreas, alterações parenquimatosas, eventos tromboembólicos, doença pleural, fístulas entero-pulmonares ou reações pulmonares adversas a fármacos (2).

A identificação precoce das manifestações pulmonares na DC é essencial para prevenir o desenvolvimento de doença grave.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de uma mulher de 24 anos referenciada à consulta de Pneumologia por sintomas de dispnéia de esforço, pieira intermitente e tosse. Apresentava antecedentes pessoais de asma, rinite alérgica e DC. À apresentação, a doente não estava sob fármacos imunossupressores. Foram realizadas provas de função pulmonar, que revelaram prova de broncodilatação positiva. A doente realizou TC torácica com evidência de espessamento difuso das paredes brônquicas, focos consolidativos dispersos e alterações difusas em vidro despolido. Foi decidido realização de broncoscopia, com lavado broncoalveolar (LBA), que revelou um predomínio de linfócitos, com um rácio CD4/CD8 elevado. Em reunião multidisciplinar de doenças pulmonares difusas foi decidido que, tendo em conta os achados clínicos, imagiológicos e os resultados do LBA, o diagnóstico mais provável seria o envolvimento parenquimatoso pela DC (mais provavelmente sob a forma de pneumonia organizativa). Foi decidido em conjunto com a Gastroenterologia o início de tratamento com azatiopina e infliximab e reavaliação posterior da resposta pulmonar. Cerca de 2 anos após o início do tratamento, a doente estava assintomática e a TC torácica foi revelada completa regressão das alterações no parênquima pulmonar.

Discussão: Os autores salientam a necessidade de um alto nível de suspeição para doença pulmonar no contexto de DC, uma vez que o tratamento precoce poderá prevenir complicações futuras e uma maior morbidade nestes doentes.

Palavras-chave: Doença de Crohn. Doença interstício.

PO030. CAVITAÇÃO PULMONAR NUM DOENTE JOVEM, TUBERCULOSE OU OUTRO DIAGNÓSTICO ALTERNATIVO?

David Noivo, Joana Patrício, Mariana Marçal, Filipe Modesto, Lígia Sofia Fernandes, Paula Duarte

Hospital de São Bernardo, Setúbal.

Introdução: A Sarcoidose manifesta-se mais frequentemente a nível pulmonar e ganglionar. Esta doença representa um processo granulomatoso não caseoso sistémico. No entanto, a cavitação é extremamente incomum.

Caso clínico: Homem, 29 anos, serralheiro/mecânico. Fumador. Sem outras doenças. História familiar de sarcoidose e espondilite anquilosante. Queixas de tosse seca há 2 anos. No último ano apresenta queixas de fadiga, dispnéia e impotência sexual. Recorreu ao médico de família. A tomografia computadorizada de tórax revelou adenopatias mediastínicas, áreas exuberantes de espessamento intersticial peribroncovascular, opacificações parenquimatosas dispersas, aprisionamento aéreo bilateral e enfisema bolhoso múltiplo. No lobo superior esquerdo delineou uma cavitação. Foi encaminhado para consulta de Doenças Difusas do Parênquima Pulmonar (DDPP). Apresentava anticorpos HLA-B27 positivos, velocidade de sedimentação e ECA elevadas. As imunoglobulinas e a alfa1- antitripsina eram normais e as precipitinas para *Aspergillus* negativas. O lavado broncoalveolar revelou linfocitose (19,7%) com razão CD4/CD8 de 3, a microbiologia era negativa. Os testes de função pulmonar mostraram alteração ventilatória mista. As hipóteses diagnósticas discutidas em reunião multidisciplinar de DDPP foram sarcoidose pulmonar fibrótica e ganglionar, DDPP associada a doença do tecido conjuntivo, fibrose pulmonar de causa genética/hereditária. Equacionou-se a hipótese de transmogrificação placentária pulmonar. O doente apresentava contra-indicação para biópsia pulmonar cirúrgica e criobiópsia transbrônquica, optando-se por EBUS que identificou adenopatia subcarinal com granulomas não caseosos, assumindo-se o diagnóstico final de sarcoidose. Iniciou corticoterapia e metotrexato com melhoria clínica. Aguarda avaliação em consulta de Genética. Encontra-se referenciado para transplante pulmonar.

Discussão: O presente caso pretende realçar uma forma atípica de sarcoidose do tipo cavitária, com incidência estimada inferior a 3% e predomínio na população jovem. É essencial a exclusão de tuberculose, aspergilose/aspergiloma e outras doenças pulmonares intersticiais concomitantes. Sendo um doente muito jovem pretende-se sensibilizar para a importância da avaliação em Consulta de Genética no sentido de excluir doenças do foro hereditário.

Palavras-chave: Sarcoidose. Cavitação. Corticoterapia.

PO031. UM CASO DE LINFANGIOLEIOMIOMATOSE ASSOCIADA A ESCLEROSE TUBEROSA

Catarina Figueiredo Roquete, Carolina Castro de Sousa, Rui Costa, Fernando Rodrigues

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

Introdução: A linfangioleiomiomatose é uma doença multissistémica rara que pode ocorrer de forma esporádica ou em associação com esclerose tuberosa. O presente caso clínico ilustra a apresentação inaugural de envolvimento pulmonar de uma doente com esclerose tuberosa.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, com 27 anos, melanodérmica natural de Angola, com 2 filhos. Diagnosticada com esclerose tuberosa em 2012, com deteção de variante patogénica TSC-2, também identificada no 1º filho. Apresentava envolvimento: renal, com angiomiolipomas complicados de rotura com hemoperitónio e doença renal crónica estadio 5 em consulta de pré-transplantação renal, linfangiomas hepáticos e cerebral. A doente recorreu ao serviço de urgência por toracalgia esquerda com características pleuríticas, de início súbito na véspera. À observação apresentava-se eufneica em ar ambiente com saturações periféricas > 95% sem sinais de dificuldade respiratória. Realizou radiografia torácica que demonstrou pneumotórax esquerdo. Para esclarecimento imagiológico realizou TC, que além de pneumotórax de pequenas dimensões, demonstrou múltiplos quistos pulmonares arredondados de pequenas dimensões em todos os lobos pulmonares, destruição do rim esquerdo por angiomiolipomas e múltiplas imagens nodulares hepáticas de dimensões variáveis correspondendo a prováveis linfangiomas. Pela presença de múltiplos quistos pulmonares em doente com diagnóstico de esclerose tuberosa com atingimento renal e hepático foi considerado o diagnóstico de pneumotórax secundário a linfangioleiomiomatose. Dadas as reduzidas dimensões do pneumotórax e estabilidade clínica optou-se por abordagem conservadora em internamento, tendo alta ao fim de 3 dias, referenciada a consulta de pneumologia e doenças genéticas de neurologia.

Discussão: A manifestação multissistémica de doenças raras pode contribuir para o diagnóstico de condições cujo envolvimento orgânico isolado pudesse dificultar o diagnóstico. Neste caso, perante uma doente com o diagnóstico de esclerose tuberosa com identificação de variante genética patogénica e angiomiolipomas renais, os achados imagiológicos de envolvimento pulmonar permitem o diagnóstico de linfangioleiomiomatose pulmonar.

Palavras-chave: Linfangioleiomiomatose. Esclerose tuberosa. Quistos pulmonares.

PO032. HEMOPTISE COMO MANIFESTAÇÃO ISOLADA DE DOENÇA ANTI-MBG

Fernando Pereira da Silva^{1,2}, Filipa Jesus¹, Élin Almeida¹, Joana Ribeiro¹, Sara Braga¹, Mariana Tavares¹, Rebeca Natal¹, Filipa Fernandes^{1,2}, Filomena Luís^{1,2}, Luís Ferreira^{1,2}

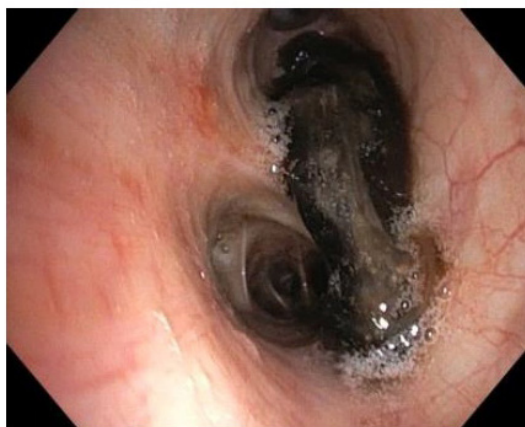
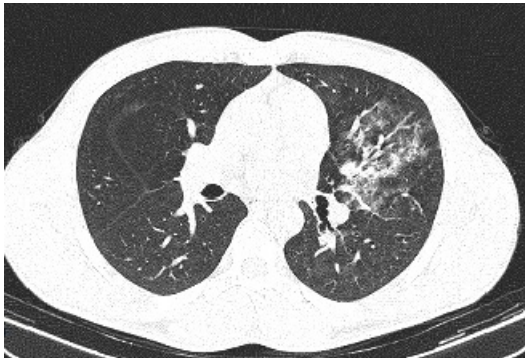
¹ULS Guarda. ²FCS-UBI.

Introdução: A hemorragia alveolar difusa (HAD) caracteriza-se pela disrupção da membrana alvéolo-capilar. O diagnóstico diferencial inclui processos inflamatórios/infecciosos, neoplasias, patologia

cardiovascular, distúrbios auto-ímmunes, trauma. Na patologia auto-ímmune, os achados clássicos são: infiltrados alveolares difusos, hipoxemia, insuficiência renal e anemia ferropénica. O espectro de apresentação é amplo e muitos destes podem ser subtis ou estar ausentes.

Caso clínico: Homem, 28 anos. Fumador ativo. Antecedentes de hematuria macroscópica no ano anterior. Recorre ao Serviço de Urgência por hemoptise com 2 dias de evolução - sangue vivo em pequena quantidade (2-3 vezes/dia). TAC de tórax: áreas em vidro despolido, com predomínio à esquerda, reticulação periférica e enfisema.

Broncoscopia flexível: sinais de hemorragia prévia proveniente da línula. Efetuado LBA, com recolha de líquido francamente hemático em todas as alíquotas. Citometria LBA: 30% neutrófilos; 2% eosinófilos; 2% linfócitos; 60% macrófagos. Razão CD4+/CD8+ 2,41. Excluída etiologia infecciosa. Hemograma, coagulação e bioquímica sem alterações; serologias virais negativas; imunoglobulinas normais. Estudo auto-ímmune sem alterações, com excepção de anticorpo anti-membrana basal glomerular (MBG) positivo - 20,7 CU. Várias colheitas de urina sem alterações. Biópsia renal: sem alterações apreciáveis pela microscopia ótica e imunofluorescência. Diagnóstico de doença Anti-MBG, sem atingimento renal. Iniciou terapêutica. TC de reavaliação (3 meses): resolução das alterações em vidro despolido.



Coágulo proveniente do brônquio lingular

Discussão: A doença anti-MBG constitui 18-32% dos casos de HAD imunomediada, afetando tipicamente indivíduos entre os 20-45 anos, com predomínio no género masculino. Classicamente manifesta-se como HAD e glomerulonefrite rapidamente progressiva. A apresentação exclusivamente com HAD é rara (< 5%). Este caso retrata uma apresentação rara de doença anti-MBG, com hemorragia alveolar sem atingimento renal. Nestes doentes, pode haver desenvolvimento de lesão renal nos meses ou anos seguintes, sendo importante estar alerta para este diagnóstico aquando do estudo de hemoptises, uma

vez que a imunossupressão precoce poderá impedir a progressão da lesão renal, melhorando o prognóstico da doença.

Palavras-chave: Hemoptise. Anti-MBG.

PO033. "PULMÃO DE OPERADOR DE MÁQUINAS" - UM CASO DE PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE

Miguel Pereira¹, Diogo Abreu¹, Helena Alves¹, Laura Silva¹, Salomé Camarinha¹, Inês Milhazes², Ana Paula Sardo¹, Daniel Melo¹, Fernando Mautempo¹

¹Serviço de Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional, Centro Hospitalar Baixo Vouga. ²USF Flor de Sal, ACeS Baixo Vouga.

Introdução: A patogénese da pneumonite de hipersensibilidade consiste na reação desproporcional do sistema imune contra uma substância, intrinsecamente não tóxica, e que culmina numa reação inflamatória, que ataca os alvéolos e os bronquíolos terminais. Proporcionalmente, os agentes orgânicos são mais prevalentes na génese desta doença, no entanto, o organismo de algumas pessoas pode ser hipersensível a outros agentes: substâncias inorgânicas.

Caso clínico: Homem, com 38 anos, técnico de eletrónica em indústria metalúrgica, não fumador, sem antecedentes médico-cirúrgicos ou hábitos medicamentosos. Apresenta sintomas de tosse produtiva mucopurulenta espessa, associada a toracalgia difusa (secundária à tosse) e dispneia/sibilância ocasional. Sem alterações na auscultação pulmonar ou no estudo funcional respiratório. A tomografia computadorizada tóraxica mostrou a presença de uma anomalia intersticial difusa dos campos pulmonares, com áreas pulmonares de vidro despolido, alternadas com opacidades centrilobulares dispersas e áreas de aprisionamento aéreo. A citologia do lavado bronco-alveolar mostrou macrófagos e raros eosinófilos, a imunocitoquímica revelou fibrina com aprisionamento de polimorfonucleares e células cilíndricas reativas e, por fim, a contagem diferencial concluiu uma alveolite linfocítica (85% linfócitos) e relação T-helper/T-citotóxicos de 0,3. Apesar de não ter sido instituída nenhuma terapêutica dirigida, procedeu-se ao afastamento do posto de trabalho. Após 6 meses, demonstrou melhoria sintomática global, objetivando-se clareamento da expetoração, que passou a ser mucosa.

Discussão: A designação "pulmão de operador de máquinas" refere-se ao subtipo de pneumonite de hipersensibilidade que se desenvolve por hiperreatividade aos fumos de indústrias metalúrgicas. A remoção do agente causal é a base de qualquer plano terapêutico desta patologia e os serviços de Medicina do Trabalho têm um papel preponderante na vigilância destes trabalhadores. A disponibilização e uso de equipamentos protetores, o condicionamento de determinadas tarefas contribuem para restringir, tanto quanto possível, o contacto destes materiais com os trabalhadores. A utilização de imunodepressores tem também a capacidade de minorar a sintomatologia e progressão da doença.

Palavras-chave: Pneumonite de hipersensibilidade. Medicina do trabalho.

PO034. PNEUMONITE A BLEOMICINA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

João Portela², Maria Inês Ribeiro¹, Cristina Martins¹, Ricardo Mateus¹, Lucinda Oliveira¹, Antero Fernandes¹

¹Serviço de Medicina Intensiva, Hospital Garcia de Orta. ²Serviço de Pneumologia, Hospital Garcia de Orta.

Introdução: A quimioterapia com bleomicina é frequentemente utilizada em doentes com linfoma de Hodgkin, no entanto o risco de toxicidade pulmonar (pneumonite e fibrose pulmomar) torna necessário a avaliação do risco-benefício.

Caso clínico: Mulher ex-fumadora (CT ~20UMA) de 51 anos, com diagnóstico de Linfoma de Hodgkin sob quimioterapia (com adria-

micina, bleomicina, vinblastina e dacarbazina) recorre ao Hospital Dia em fevereiro/2022 para realização de 4º ciclo, referindo dispnéia mMRC 2 e febre com um dia de evolução, tendo sido medicada com levofloxacina 750 mg/dia e broncodilatação. Por agravamento recorre ao SU dois dias depois apresentando IR parcial grave (PaO₂/FiO₂: 165), neutropenia e aumento dos parâmetros inflamatórios. Imagiologicamente com hipotransparência heterogênea bilateral, tendo sido internada em contexto de provável pneumonia iniciando antibioterapia com amoxicilina/ácido clavulânico e posterior escalada para piperacilina/tazobactam. Por agravamento da IR, realizou TC-tórax por suspeita de toxicidade pulmonar a bleomicina, que revelou opacidades em vidro despolido bilateralmente com padrão “crazy-paving”. Transferência para o Serviço de Medicina Intensiva por necessidade de ONAF e iniciada metilprednisolona 1 mg/kg/dia. Verificou-se agravamento clínico com necessidade de VMI por acidemia respiratória grave, e após exclusão de outras etiologias, assumiu-se quadro de pneumonite a bleomicina tendo feito ciclo de imunoglobulina durante 5 dias e posteriormente de rituximab (total de 3 tomas). Manteve-se com padrão ventilatório restritivo com elevada necessidade de oxigenoterapia e pressão de suporte, realizando nova TC-tórax (4 semanas depois) que demonstrou padrão de “crazy paving” sobreponível com padrão fibrótico de novo. Assim, discutido caso em equipa multidisciplinar (Serviço de Medicina Intensiva, Pneumologia, Hematologia), assumindo-se irreversibilidade do quadro tendo-se iniciado medidas de conforto e posterior evolução para PCR.

Discussão: O caso representa uma complicação rara da bleomicina, sendo sempre necessário a exclusão de outras etiologias. A deteção precoce desta entidade poderá alterar o curso da doença, com a suspensão imediata do fármaco e uso de imunossupressão adequada.

Palavras-chave: Bleomicina. Fibrose pulmonar. Pneumonite.

PO035. O IMPACTO DO LAVADO BRONCO-ALVEOLAR NO DIAGNÓSTICO DAS DOENÇAS DO INTERSTÍCIO PULMONAR - EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL PERIFÉRICO

Manuel d’Almeida, Catarina Giesta, Sara Ferreira, Margarida Pimenta Valério, Teresa Câmara, Carlos Lousada

Centro Hospitalar do Médio Tejo.

Objetivos: O lavado bronco-alveolar (LBA) é uma ferramenta diagnóstica amplamente estudada no âmbito das doenças intersticiais do pulmão. Propusemo-nos a realizar uma análise retrospectiva dos LBA realizados num período de seis meses.

Métodos: Analisámos os procedimentos realizados no Centro Hospitalar do Médio Tejo entre 1 de janeiro e 29 de junho de 2022. Foi caracterizada a população relativamente à idade, género, tabagismo, alteração imagiológica predominante e a obtenção de diagnóstico.

Resultados: O LBA foi utilizado em 27 casos. A idade foi, em média, de 67,7 anos, o *ratio* masculino:feminino foi 1:2 e 16 doentes eram não fumadores (59,3%). Considerando as alterações predominantes na tomografia computadorizada torácica, os doentes distribuem-se nos seguintes grupos: doença fibrótica - 7 doentes (26%), nódulos pulmonares - 6 doentes (22,2%), alterações em vidro despolido - 3 doentes (11,1%), alterações em vidro despolido e fibrose pulmonar - 2 doentes (7,4%), predomínio de bronquiectasias - 2 doentes (7,4%), doença pulmonar quística - 2 doentes (7,4%), adenopatias hilares e mediastínicas - 2 doentes (7,4%), um doente com alterações em vidro despolido e nódulo cavitado, um doente com condensação pulmonar persistente e um doente com infiltrados pulmonares migratórios. Na população estudada, 14 doentes (51,9%) não têm diagnóstico definitivo. Os restantes 13 doentes (48,1%) apresentam os seguintes diagnósticos: sarcoidose - 3 doentes (11,1%), sendo um caso confirmado por ecoendoscopia brônquica, pneumonite de hipersensibilidade - 2 doentes (7,4%), fibrose pulmonar idiopática (FIP) - 2 doentes (7,4%), um doente com FIP e micobacteriose atípica, um doente com micobacteriose atípica, um doente com

pneumonia organizativa criptogénica, um caso de poliangeíte granulomatosa eosinofílica, um caso de tuberculose ganglionar e um doente com adenocarcinoma do pulmão.

Conclusões: O lavado bronco-alveolar forneceu informação complementar diagnóstica relevante para o diagnóstico diferencial das doenças intersticiais do pulmão. A análise da sua eficácia foi limitada pela ausência de diagnóstico definitivo numa percentagem significativa de doentes.

Palavras-chave: Lavado bronco-alveolar. Doenças do interstício pulmonar.

PO036. ASMA GRAVE: TRATAMENTO COM MEPOLIZUMAB DURANTE A GRAVIDEZ - CASO CLÍNICO

Beatriz Martins¹, Joana Naia², Mariana Serino³, Mafalda van Zeller^{4,5}

¹Centro Hospitalar Universitário de São João. ²Hospital de Braga.

³Centro Hospital Universitário de São João. ⁴CRI de Sono e Ventilação do Centro Hospitalar e Universitário de São João.

⁵Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Introdução: As terapêuticas biológicas têm desempenhado um papel determinante no tratamento da asma grave. São terapêuticas recentes e, por insuficiente informação, apenas o mais antigo dos fármacos (anti-IgE) já viu a sua segurança reconhecida na gravidez. A asma não controlada durante a gravidez está associada a efeitos adversos para a mãe e para o feto, sendo a informação das estratégias terapêuticas da asma grave na gravidez ainda escassa.

Caso clínico: Mulher de 32 anos, não fumadora, com antecedentes de asma grave eosinofílica, não alérgica, e com rinossinusite crónica e polipose nasal. Em abril de 2018 foi considerada a associação de mepolizumab por controlo insatisfatório dos sintomas, exacerbações frequentes, com necessidade de corticoide oral de manutenção, apesar da adesão à restante terapêutica de controlo otimizada. Apresentou melhoria clínica significativa com excelente controlo sintomático, melhoria funcional, redução das exacerbações e da corticoterapia sistémica. Em novembro de 2020 a doente manifestou vontade de engravidar tendo sido informada da ausência de informação face à segurança do mepolizumab na gravidez, potenciais riscos e benefícios da suspensão ou manutenção desse fármaco. Considerando que os riscos da suspensão do fármaco seriam superiores aos da sua manutenção e após avaliação pela comissão de ética hospitalar, foi decidido, com o consentimento da doente, a realização de pedido formal de terapêutica *off-label* que foi aceite. A doente manteve o tratamento instituído previamente à conceção e apresentou estabilidade clínica durante a gestação, que decorreu sem intercorrências. Não se registaram exacerbações, necessidade de intensificação de terapêutica inalatória ou de corticoterapia sistémica. O parto decorreu às 38 semanas por cesariana, sendo o recém-nascido saudável.

Discussão: O tratamento adequado da asma grave durante a gestação diminui o risco de eventos adversos e melhora o prognóstico. Apresenta-se um caso de tratamento de asma grave com mepolizumab com sucesso durante a gravidez, acrescentando à evidência necessária para definição de estratégias.

Palavras-chave: Asma grave. Gravidez. Mepolizumab.

PO037. INFLUENCIA DEL NIVEL DE ESTUDIOS, ENFERMEDADES RESPIRATORIAS PREVIAS Y HUMO DE TABACO AMBIENTAL EN LA EPOC EN NUNCA FUMADORES: ANÁLISIS PRELIMINAR DEL ESTUDIO EPOC-NS

Cristina Represas Represas¹, Julia Rey Brandariz², Cristina Candal Pedreira², Carlota Rodríguez García³, Rafael Golpe Gómez⁴, Ana Pando Sandoval⁵, Angelica Consuegra Venegas⁶, Mónica Pérez Ríos⁷,

Alberto Fernández Villar¹, Alberto Ruano Raviña⁷,
María Leonor Varela Lema², Luis Alberto Pazos Area¹

¹Hospital Álvaro Cunqueiro. Grupo de investigación NeumoVigo I+i. IISGS, Vigo, España. ²Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Santiago de Compostela, España. ³Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España. ⁴Complejo Hospitalario Universitario de Lugo, Grupo C039 Biodiscovery HULA-USC, Lugo, España. ⁵Complejo Hospitalario Universitario Asturias, Oviedo, España. ⁶Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, España. ⁷Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública Universidad de Santiago de Compostela. CIBER en Epidemiología y Salud Pública/CIBERESP. Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela. Departamento de Medicina, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España.

Objetivos: El tabaquismo es la causa más frecuente de EPOC. Existen otros factores de riesgo (FR) que pueden influir en su aparición, como la exposición ambiental al humo de tabaco (HAT) o las patologías respiratorias previas. **Objetivo:** analizar la asociación entre nivel educativo, enfermedades respiratorias previas y exposición al HAT en el riesgo de EPOC en nunca fumadores.

Tabla 1. Principales características de los participantes del estudio

Características	Casos	Controles
Mujeres (n, %)	155 (59,6%)	133 (64,3%)
Edad mediana (P ₂₅ -P ₇₅)	73,7 años (64,2-79,8)	63,4 años (55,9-73,0)
Nivel de estudios (n, %)		
Primarios y sin estudios	132 (73,3%)	87 (41,8%)
Secundarios	29 (16,1%)	55 (26,4%)
Universitarios	19 (10,6%)	66 (31,7%)
Tuberculosis		
No (n,%)	224 (87,4%)	199 (98,0%)
Sí (n,%)	31 (12,2%)	4 (2,0%)
Neumonía		
No (n,%)	191 (74,3%)	183 (89,7%)
Sí (n, %)	66 (25,7%)	21 (10,3%)
Exposición a HAT		
No expuestos	172 (72,3%)	141 (68,1%)
Expuestos a < 20 años	17 (7,1%)	30 (14,5%)
Expuestos a > 20 años	49 (20,6%)	36 (17,4%)

Tabla 2. Regresión logística multivariante para estimar el riesgo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica en función del tiempo de exposición al humo ambiental de tabaco (HAT).

Variable	OR	IC95%	p-valor
Nivel de estudios			
Sin estudios y primarios	1,00	-	-
Secundarios	0,39	0,20-0,75	0,005 *
Universitarios	0,21	0,10-0,43	<0,001 *
Tuberculosis			
No	1,00	-	-
Sí	4,64	1,41-15,33	<0,001 *
Neumonía			
No	1,00	-	-
Sí	3,32	1,69-6,53	<0,001 *
Exposición a HAT en el hogar en edad adulta			
No	1,00	-	-
HAT Hogar <20 años	0,44	0,17-1,12	0,084
HAT Hogar >=20 años	1,11	0,60-2,07	0,723

Nota: Odds ratio (OR), intervalo de confianza al 95% (IC95%). OR ajustado por edad y sexo.

*Estadísticamente significativo

Métodos: Estudio multicéntrico de casos y controles. Se incluyeron casos de EPOC con diagnóstico espirométrico nunca fumadores (no haber fumado más de un cig/día durante 6 meses o menos de 100 durante su vida). Los controles fueron nunca fumadores sin EPOC. Se realizó un cuestionario y entrevista personal. Se realizó una re-

gresión logística multivariante, variable dependiente la presencia de EPOC, variables independientes nivel de estudios, exposición al HAT en el hogar en la edad adulta (no expuesto, expuesto durante menos de 20 años y expuesto durante 20 años o más) y previa tuberculosis o neumonía. Se ajustó por edad y sexo y se calcularon las OR y su IC.

Resultados: 471 participantes, 259 casos y 210 controles. Mediana de edad de casos 73,7 años (P₂₅ 64,2-P₇₅ 79,8) y controles 63,4 años (P₂₅ 55,9-P₇₅ 73,0). 64,0% de casos y 59,6% de controles eran mujeres. Análisis multivariante: un nivel de estudios superior a "sin estudios/primarios" son factores protectores para el desarrollo de EPOC (OR secundarios 0,39 IC95% 0,20-0,75). Haber tenido tuberculosis (OR 4,64 IC95% 1,41-15,33) o neumonía (OR 3,32 IC95% 1,69-6,53) son FR. No asociación con la exposición al HAT en el hogar durante < 20 años (OR 0,44, IC95% 0,17-1,11) o ≥ 20 años (OR 1,12, IC95% 0,04-2,06)

Conclusiones: El nivel de estudios es factor protector. La tuberculosis y neumonía son FR para el desarrollo de EPOC. La exposición al HAT en el hogar durante la edad adulta y la infancia no fueron FR para el desarrollo de EPOC.

Palabras clave: EPOC. HAT. Nivel de estudios. Enfermedades respiratorias. Nunca fumadores.

PO038. BENRALIZUMAB NO TRATAMENTO DA ASMA GRAVE EOSINOFÍLICA. EXPERIÊNCIA DE DOIS CENTROS

Joana Naia¹, Luís Ferreira², Sara Dias³, Daniela Machado²,
Inês Franco², Beatriz Fernandes¹, Ricardo Lima², Lurdes Ferreira¹

¹Hospital de Braga. ²Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho. ³ULS Matosinhos.

Objetivos: Estudar a experiência de dois serviços de Pneumologia no tratamento de doentes com asma eosinofílica refratária grave com benralizumab.

Métodos: Estudo retrospectivo com análise dos doentes com asma eosinofílica grave medicados com benralizumab desde 2019. Avaliadas variáveis sociodemográficas, história tabágica, comorbilidades, eosinófilos, *Asthma Control Test* (ACT), número de exacerbações, volume expiratório forçado no 1º segundo (FEV₁), tempo de duração de tratamento e efeitos adversos.

Resultados: Analisaram-se 18 doentes sob terapêutica com benralizumab (9 pacientes de cada centro). A maioria dos doentes era do sexo feminino (72,2%), com idade média de 61 anos e não fumador, tendo sido diagnosticada na idade adulta. O índice de massa corporal médio foi de 30 kg/m², sendo a comorbilidade mais frequente a obesidade, seguida da rinosinusite crónica (associada ou não a polipose nasal). A contagem média de eosinófilos no sangue periférico no início do tratamento foi de 703 células. Verificou-se melhoria clínica e funcional em praticamente todos os doentes, com redução do número de exacerbações e aumento do ACT médio (de 12 para 22), e aumento gradual do FEV₁ médio (de 68% para 71%). O primeiro doente começou o tratamento em 2019 e todos se encontravam sob terapêutica há pelo menos 6 meses. Um doente já tinha realizado tratamento prévio com mepolizumab, tendo-se alterado devido a ausência de melhoria. Nenhum doente manifestou qualquer efeito secundário. Em 1 doente houve necessidade de alteração do fármaco por agravamento clínico.

Conclusiones: A experiência com benralizumab em doentes com asma eosinofílica grave tem vindo a aumentar nos últimos tempos, verificando-se que a maioria dos doentes beneficia com o tratamento, com melhoria do controlo da asma, da função respiratória e das exacerbações, traduzindo-se numa melhoria da qualidade de vida destes doentes. Não se verificou a ocorrência de efeitos adversos, considerando-se seguro o tratamento.

Palavras-chave: Asma grave eosinofílica. Biológicos. Benralizumab.

PO039. ESTRATÉGIA POUPADORA DE CORTICÓIDES NA ASPERGILOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA

Margarida Isabel Pereira¹, Mariana Maia e Silva¹, Carlos Lopes²

¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. ²Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: Tem sido descrita a utilização *off-label* de fármacos biológicos no tratamento da aspergilose broncopulmonar alérgica (ABPA) com melhoria clínica, analítica e imagiológica e descontinuação da corticoterapia. Apresenta-se um caso de ABPA recidivante atualmente em remissão sob benralizumab.

Caso clínico: Homem, 81 anos, ex-fumador (15UMA), diagnosticado com asma aos 59 anos e bronquiectasias (BQ) aos 64 anos. Medicado com salmeterol + propionato de fluticasona 25 + 125 ug com cumprimento irregular. Iniciou seguimento na Pneumologia aos 76 anos. Apresentava tosse diária produtiva com expectoração mucosa a mucopurulenta, registando > 2 exacerbações/ano com necessidade de antibioterapia. Analiticamente, apresentava elevação de IgE total e de IgE e IgG específicas para *Aspergillus fumigatus* e eosinofilia. Imagiologia: infiltrados bilaterais. Foi feito o diagnóstico de ABPA e iniciou tratamento com prednisolona (PDN) 0,5 mg/kg/dia e itraconazol 200 mg bid. Após 2 meses, por citocolestase, foi necessário suspender o itraconazol. Cumpriu 6 meses de PDN com remissão da ABPA. Passado 1 ano, recidivou e reiniciou a terapêutica clássica. Foi pedida e aprovada a utilização de benralizumab *off-label* como poupador de corticóide. Ao final de 2 meses sob benralizumab, foi possível suspender a PDN. O doente encontra-se sob tratamento há 1,5 ano, estável, em remissão da ABPA.

Discussão: Os casos descritos na literatura suportam a utilização dos biológicos no tratamento da ABPA recorrente ou dependente de corticoterapia. Salienta-se a importância desta estratégia, no que concerne à prevenção das reações adversas associadas à corticoterapia sistémica, sobretudo em doentes idosos e com comorbilidades. São necessários ensaios clínicos que avaliem a eficácia e segurança desta estratégia a longo prazo.

Palavras-chave: Asma grave. Aspergilose broncopulmonar alérgica. Biológicos. Benralizumab.

PO040. PERFIL DOS DOENTES SOB TERAPÊUTICA BIOLÓGICA SEGUIDOS EM CONSULTA DE ASMA GRAVE

António Madeira Gerardo¹, Alda Manique², Carlos Lopes²

¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. ²Hospital Santa Maria.

Objetivos: Estima-se que em Portugal existam entre 35.000-70.000 doentes com asma grave (AG). Têm um enorme impacto associado ao mau controlo sintomático, limitação da qualidade de vida, risco de exacerbações, deterioração da função pulmonar, aumento da morbi-mortalidade e maiores despesas em saúde. Este trabalho tem como objetivo a caracterização clínica e funcional de uma população de doentes sob terapêutica biológica seguidos em Consulta de AG num Hospital Central.

Métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes seguidos em Consulta de AG do Hospital Santa Maria sob terapêutica biológica. Recolhidos dados demográficos, clínicos, laboratoriais e funcionais respiratórios.

Resultados: Incluídos 85 doentes sob terapêutica biológica, a maioria do sexo feminino (69,4%), com idade mediana de 57,5 anos. Funcionalmente, 87,1% destes doentes apresentava um padrão obstrutivo, a maioria destes com obstrução grave. A pontuação média do ACT pré-tratamento biológico foi 16,3 pontos, do CARAT foi 18,4 pontos. De acordo com estes questionários, 63% dos doentes apresentava uma asma não controlada e 78% apresentavam um baixo controlo global da doença. A maioria destes doentes (72,9%) apresentavam valores de PEF < 350 L/min. As comorbilidades respiratórias mais frequentemente encontradas foram: a rinite alérgica

(68,4%), sinusopatia crónica (36%) e SAOS (31%). As comorbilidades não-respiratórias mais frequentes foram: obesidade (42%), ansiedade/depressão (31%) e patologia cardiovascular (28%). A distribuição por agente biológico foi a seguinte: mepolizumab-44%; omalizumab-38%; benralizumab-15% e dupilumab-3%. Após ensino, 34,1% dos doentes encontravam-se a fazer administração domiciliária.

Conclusões: São maioritariamente doentes obstrutivos graves, com asma não controlada ou com baixo controlo global da doença. Apresentam frequentemente comorbilidades respiratórias e/ou não-respiratórias, o que torna mais complexa a sua abordagem. Os agentes biológicos são escolhidos após fenotipagem, presença de comorbilidades e via de administração. Cerca de 1/3 dos doentes faziam administração no domicílio. Os doentes com AG representam um importante desafio pela complexidade da sua gestão, importa por isso que sejam seguidos por equipas especializadas.

Palavras-chave: Asma grave. Terapêutica biológica. Omalizumab. Mepolizumab. Benralizumab. Dupilumab.

PO041. EXPERIÊNCIA COM DUPILUMAB NA ASMA GRAVE E COMORBILIDADES

Margarida Isabel Pereira, Anna Sokolova, Gisela Calado, Cecília Pardal, Fernando Rodrigues

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.

Introdução: Em 2022, foi aprovada a utilização hospitalar do dupilumab, biológico indicado no tratamento da asma grave (AG), rinosinusite crónica com polipose nasal (RSCcPN) grave e dermatite atópica (DA) moderada a grave. Apresentam-se as duas primeiras doentes sob dupilumab no nosso hospital.

Casos clínicos: Caso 1: Mulher, 45 anos, nunca fumadora, obesa, diabética, diagnosticada aos 32 anos com asma alérgica e eosinofílica (IgE total 66 UI/mL, eosinófilos séricos 400 cel/uL) e RSCcPN. Foi submetida a 4 polipectomias com recidiva. No início de 2022, a asma (sob furoato de fluticasona + vilanterol 184 + 22 ug) e a RSC não estavam controladas (ACT 10/25, SNOT-22 100/110). Iniciou Dupilumab em abril de 2022. Após 8 meses de terapêutica, apresenta franca melhoria da asma e da RSC (ACT 21/25, SNOT-22 55/110), sem necessidade de corticoterapia sistémica e com recuperação significativa do olfato (previamente anosmia, posteriormente *smell test* com deteção de 95% e identificação de 75% dos odores). Caso 2: Mulher, 41 anos, nunca fumadora, obesa, diagnosticada na infância com asma alérgica e eosinofílica (IgE 6.765 UI/mL, eosinófilos séricos 800 cél/uL). Apresentava ainda DA moderada a grave e RSCcPN, tendo sido submetida a polipectomia, sem recidiva. No início de 2022, a asma (sob indacaterol + glicopirrónio + furoato de mometasona 114 + 46 + 136 ug) e a DA não estavam controladas (ACT 13/25, CARAT 5+3 = 8/30, DLQI 12/30). Iniciou dupilumab em abril de 2022. Após 8 meses de terapêutica, apresenta franca melhoria da asma e da DA (ACT 21/25, CARAT 9+18 = 27/30, DLQI 1/30), sem necessidade de corticoterapia sistémica.

Discussão: Na ausência de comparações diretas entre os biológicos atualmente disponíveis para a AG, o dupilumab surge como uma alternativa eficaz com particular interesse em doentes com AG e comorbilidades como RSCcPN grave e DA moderada a grave.

Palavras-chave: Asma grave. Biológicos. Dupilumab.

PO042. TELEMONITORIZAÇÃO NA DPOC- EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Raquel Borrego, Sandra André, Fernando Nogueira

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

Objetivos: A DPOC é uma patologia crónica e progressiva com elevado consumo de recursos em saúde. A telemonitorização tem-se mostrado uma mais valia na sinalização precoce de situações de

exacerbação. O objetivo deste projeto é a redução de idas ao Serviço de Urgência e do número de internamentos.

Métodos: Este projeto é desenvolvido pelo Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental em articulação com um serviço de telemonitorização contratualizado. A instalação dos dispositivos (oxímetro, termómetro e podómetro) permite monitorizar os doentes no domicílio. Os doentes são avaliados no momento de integração no projeto e elaborados questionários de qualidade de vida. Foram escolhidos doentes com DPOC-grupo E GOLD, com insuficiência respiratória crónica sob oxigenioterapia ou ventiloterapia. O projeto tem definidos alertas tendo em conta os dados clínicos. É efetuado um plano personalizado com objetivos de atividade física, de modo a potenciar a qualidade de vida dos doentes. Os alertas clínicos gerados são comunicados à equipa médica, e a articulação estreita entre as equipas e o doente permite uma avaliação precoce com atuação em conformidade. De novembro de 2021 a dezembro de 2022 estiveram integrados 7 doentes, 4 mulheres e 3 homens, com idade média de 64 anos, e com FEV1 entre 16-77%.

Resultados: Durante este período foram efetuados 1.807 registos, dos quais 26% foram alertas clínicos, sendo que apenas 0,6% foram confirmados. 80% dos doentes têm *compliance* > 75%. Os alertas foram geridos em ambulatório o que permitiu uma redução substancial as idas destes doentes ao Serviço de Urgência. Existiram apenas 3 idas à urgência (1 por queixas não respiratórias) e 1 internamento de curta duração.

Conclusões: Este programa possibilita um acompanhamento contínuo do doente, com sinalização precoce das exacerbações, o que permite uma redução das idas ao Serviço de Urgência e do número de internamentos, potenciando a melhoria da qualidade de vida dos doentes.

Palavras-chave: Telemonitorização. DPOC.

PO043. ASMA OCUPACIONAL POR EXPOSIÇÃO A SAIS DE PERSULFATO EM CABELEIREIROS: UM CASO DE DOENÇA PROFISSIONAL

Luciana Alves Soares¹, Pilar Peña¹, Rosa Serrano¹, Ana Sogo², Christian Domingo², Xavier Muñoz³

¹Servicio de Salud Laboral, Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí (CCSPT), Sabadell, España. ²Servicio de Neumología, Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, España.

³Servicio Neumología Hospital Vall d'Hebron, CIBER de enfermedades respiratorias (CIBERes), Barcelona, España.

Introdução: A asma ocupacional (AO) é a doença respiratória relacionada com o trabalho mais frequente nos países desenvolvidos e representa, de acordo com diferentes registos de notificação voluntária, entre 30 e 60% de todas as doenças respiratórias relacionadas com o trabalho. Os sais de persulfato são um dos agentes mais frequentemente implicados na origem da AO nos cabeleireiros (doença profissional). Expõe-se um caso clínico de uma cabeleireira que apresenta um agravamento crono-espacial-ocupacional da clínica asmática. Apesar de verificar-se variabilidade significativa de *peak-flows* em período de férias, a prova de broncoprovocação específica com persulfato é considerada uma ferramenta diagnóstica específica para AO por persulfatos.

Caso clínico: Realizou-se uma revisão da história clínica de uma doente de 51 anos, cabeleireira desde os 15 anos, que recorreu ao serviço de Pneumologia do CCSPT por rinopolipose nasal, em seguimento e tratamento otorrinolaringológico, e asma brônquica alérgica persistente moderada, com sensibilização a pólenes, que iniciou a clínica aos 40 anos referindo um nítido agravamento dos sintomas de asma no trabalho apesar do correto tratamento inalatório e oral, apresentando melhoria no período de férias. O estudo pneumoalérgico apresenta as espirometrias forçadas normais ou com alterações ventilatórias obstrutivas leves, os testes post-broncodilatadores positivos, o *peak-flow* trabalho-férias com variabili-

dade maior que 20% e o teste de controle de asma (ACT) entre 8-12. A doente foi referenciada para a Unidade de Doenças Respiratórias Profissionais de um hospital de Barcelona (nível de atenção terciária) para a realização de uma prova de broncoprovocação específica com persulfato, que resultou positiva.

Discussão: No caso da OA por persulfatos, e de acordo com a literatura atual, aceita-se que, apesar do abandono da exposição ao agente responsável, os sintomas de asma e hiperresposta brônquica podem persistir, mas a evolução geral dos pacientes parece ser favorável.

Palavras-chave: Asma ocupacional. Cabeleireiros. Sais de persulfato. Doença profissional.

PO044. TERAPÊUTICA BIOLÓGICA NA DPOC - TERÁ O SEU LUGAR?

David Silva Gomes, João Cravo, Lília Andrade

Centro Hospitalar do Baixo Vouga.

Introdução: As exacerbações de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) configuram um aumento significativo da morbimortalidade. A sua prevenção e redução é essencial.

Caso clínico: Homem, 72 anos, enviado a consulta de pneumologia por DPOC. Antecedentes de asma na infância e tabagismo ativo (~70 UMAs), medicado com LABA/LAMA. Tratava-se de um doente com cerca de 6 exacerbações moderadas no último ano, limitação significativa da sua vida diária por dispneia (mMRC 3), que melhorava com corticoide oral. Do estudo efetuado: eosinofilia 640 células/L, hipercapnia diurna (pCO₂ 49), hipoxemia noturna significativa (T90 de 96,4% em poligrafia cardiorrespiratória) sem hipoxemia diurna, PM6M sem dessaturação significativa, FEV1 45% (1,2L) e TC do Tórax com enfisema bilateralmente. Foi otimizada terapêutica, passando a inaloterapia tripla, iniciada carbocisteína e ventilação não-invasiva no período noturno e foi integrado em programa de reabilitação respiratória. Foi atualizado esquema vacinal e foi conseguida cessação tabágica após 6 meses de seguimento. Verificou-se uma melhoria sintomática global muito significativa após 1 ano de terapêutica otimizada, com melhoria do FEV1 para 53% (1,4L), no entanto ainda com 4 exacerbações moderadas com necessidade de corticoide sistémico. Dado o fenótipo exacerbador e eosinofílico (mantendo 420 eosinófilos/L sob ICS/LABA/LAMA), foi decidido início de mepolizumab “off-label”. Após 8 meses de terapêutica biológica o doente manteve-se sem exacerbações, e mantendo sintomatologia e função respiratória sobreponível, sem efeitos adversos.

Discussão: Este caso clínico demonstra o sucesso obtido com o mepolizumab na redução de exacerbações de um doente com DPOC com fenótipo eosinofílico e exacerbador. É neste fenótipo combinado de doentes, e que necessitam de cursos de corticoterapia oral frequentes apesar de terapêutica otimizada, que é muito provável que exista um benefício significativo na redução das exacerbações com o início de terapêuticas biológicas anti-IL5/IL5R, como o mepolizumab. Serão necessários estudo de grande escala para demonstrar este benefício.

Palavras-chave: Eosinofilia. Mepolizumab. Terapêutica biológica. DPOC.

PO045. PRESCRIÇÃO DE ANTIBIÓTICOS EM DOENTES COM AGUDIZAÇÃO DE DPOC POR INFECÇÃO VÍRICA

Chantal Cortesão, Leticia Balanco, Pedro Silva Santos

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Objetivos: Infecções respiratórias víricas são a causa mais frequente de exacerbação de DPOC (EADPOC), estimando-se 10 a 40% de sobreinfecção bacteriana nestes casos. *Guidelines* internacionais (como a iniciativa GOLD, edição de 2023) abordam a gestão da EA-

DPOC, sugerindo marcadores clínicos e analíticos para a decisão de instituir antibioterapia. Pretendemos com este trabalho descrever a abordagem do doente com EADPOC, com foco na avaliação da indicação para antibioterapia.

Métodos: Foram avaliados 11 doentes (média de 74 anos, 5 homens e 6 mulheres) internados por EADPOC num hospital terciário em 2022, e isolamento de vírus influenza (9 doentes) ou de VSR (2 doentes), com foco nas características clínicas e analíticas a admissão, gravidade e indicação para antibioterapia (descritos na tabela) e antibioterapia instituída.

Resultados: Em todos os doentes foi iniciada terapêutica antivirica e em 9 foi iniciada antibioterapia, inclusive 1 doente sem indicação para antibioterapia segundo a iniciativa GOLD de 2023. Em média a duração de sintomas foi de 8 dias (5 dias após início da terapêutica) e a duração do internamento de 9 dias.

Características e indicação para antibioterapia, segundo sugestões da iniciativa GOLD de 2023, dos doentes avaliados	
Características a admissão	N (%)
Dispneia	9 (81,8%)
Expectoração purulenta	7 (63,6%)
Aumento do volume da expectoração	7 (63,6%)
Elevação da PCR	8 (72,7%)
Elevação da procalcitonina	1 (9%)
Indicação para antibioterapia	N(%)
Presença de dispneia, aumento do volume da expectoração e expectoração purulenta	3 (27,2%)
Presença de 1 sintoma cardinal + expectoração purulenta	3 (27,2%)
Necessidade de VNI	4 (36,3%)
Sem indicação	2 (18,1%)
Total	11 (100%)

IR - insuficiência respiratória; VNI - ventilação não invasiva; PCR - proteína C reativa.

Conclusões: A instituição de antibioterapia no doente com EADPOC mantém-se controversa. Quando indicados, antibióticos podem reduzir o risco de falência terapêutica, duração de sintomas e internamento, e aumentar o tempo até nova exacerbação.

Palavras-chave: DPOC. Influenza. Antibióticos.

PO046. PNEUMOMEDIASTINO ESPONTÂNEO NO JOVEM: A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Joana Marques Simões, Alexandre Almendra, Elsa Fragoso, Sara Salgado, Adélia Lopes, Paula Esteves

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: O pneumomediastino (PM) é uma entidade rara, sendo classificado como traumático ou espontâneo. O PM espontâneo associa-se maioritariamente a fatores que desencadeiam a rotura alveolar, como: aumento da pressão intratorácica, obstrução das vias aéreas e aumento súbito e/ou acentuado do volume pulmonar. **Casos clínicos:** Caso 1: homem de 20 anos, fumador de canabinóides, com diagnóstico de asma (sob budesonida/formoterol). Recorreu ao SU por tosse seca, toracalgia direita pleurítica e crepitações subcutâneas com uma semana de evolução. Teria sido diagnosticada recentemente amigdalite aguda (cumpriu 7 dias de amoxicilina/ácido clavulânico). No exame objectivo: taquipneia, SpO₂ 96% em ar ambiente, murmúrio vesicular globalmente diminuído com ligeiro broncoespasmo, enfisema subcutâneo cervical e torácico. Analiticamente: sem alterações. Ligeira hipoxemia (PaO₂ 76 mmHg).

Sem isolamentos microbiológicos. TC Torácica: enfisema subcutâneo e pneumomediastino de moderado volume, sem pneumotórax associado. Caso 2: homem de 21 anos, fumador de tabaco e canabinóides, com diagnóstico de asma, sem terapêutica de manutenção. Recorreu ao SU por tosse seca, odinofagia, toracalgia direita pleurítica, crepitações subcutâneas e febre com cinco dias de evolução. No exame objectivo: taquipneia, SpO₂ 95% em ar ambiente, murmúrio vesicular mantido e simétrico com broncoespasmo moderado, enfisema subcutâneo cervical e torácico. Analiticamente: PCR 14 mg/dL. Ligeira hipoxemia (PaO₂ 71 mmHg). Isolamento de Vírus Influenza A no exsudado nasofaríngeo. TC torácica: pequeno pneumotórax direito, exuberante enfisema subcutâneo, extenso pneumomediastino e pneumorráquis.

Os dois casos foram tratados de maneira conservadora (repouso e oxigenoterapia) e apresentaram uma evolução clínica e imagiológica favorável.

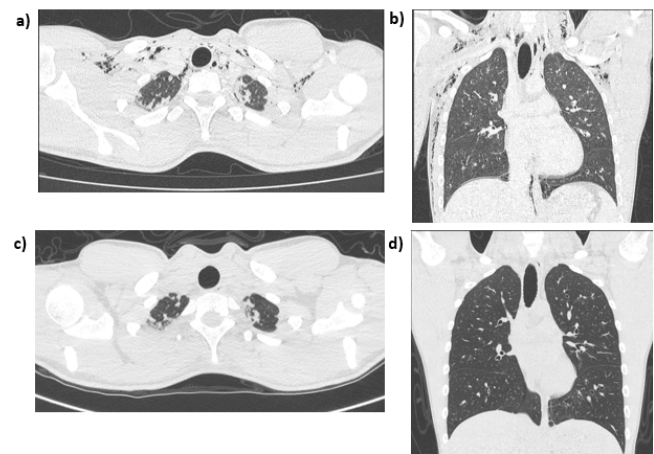


Figura 1 – TC tórax referente ao caso clínico 1. À admissão hospitalar – a) e b); À data de alta – c) e d).

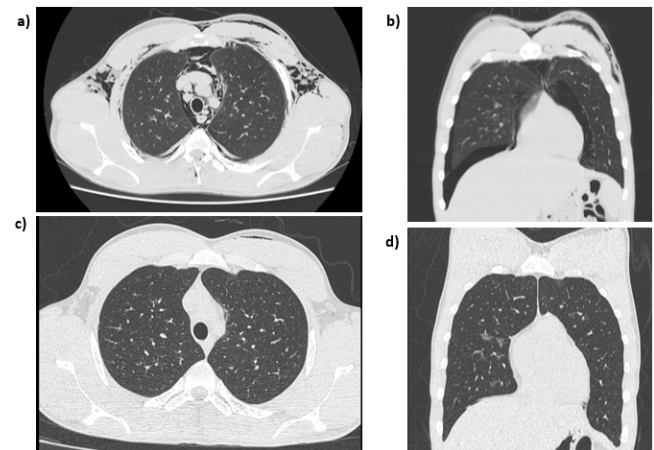


Figura 2 – TC tórax referente ao caso clínico 2. À admissão hospitalar – a) e b); À data de alta – c) e d).

Discussão: Os casos descritos associam-se a fatores predisponentes para o desenvolvimento de PM, nomeadamente a exacerbação de asma, consumo de canabinóides e a infeção respiratória. Apesar do PM espontâneo apresentar um curso habitualmente benigno, pode associar-se a outras complicações nomeadamente pneumotórax, pneumopericárdio, pneumorráquis e enfisema subcutâneo, podendo culminar no compromisso hemodinâmico e respiratório. É fundamental manter uma vigilância clínica e radiológica apertadas.

Palavras-chave: Pneumomediastino. Pneumotórax. Asma. Pneumorráquis. Canabinóides.

PO047. TERAPÊUTICA BIOLÓGICA INICIADA NUMA EXACERBAÇÃO DE ASMA - SERÁ SEGURO?

David Silva Gomes¹, Ana Rita Pereira¹, José Coutinho Costa², Lília Andrade¹

¹Centro Hospitalar do Baixo Vouga. ²Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga.

Introdução: A terapêutica biológica na asma grave tem cada vez maior utilização e evidência científica. A segurança do seu início durante uma exacerbação de asma não está ainda comprovada.

Caso clínico: Mulher, 48 anos, em consulta de pneumologia após internamento por exacerbação de asma. Antecedentes de asma de difícil controlo, diabetes tipo 2, rinosinusite crónica e excesso de peso. Medicada com corticoide nasal tópico, ICS/LABA/LAMA em dose alta, prednisolona 10 mg e com múltiplos cursos de corticoide oral em alta dose nos últimos anos. A doente tem noção de agravamento sintomático sem corticoide oral. Do estudo efetuado: alteração ventilatória obstrutiva moderada, com franca reversibilidade (aumento no FEV1 de 49% e 1L após broncodilatação), lavado broncoalveolar sem alterações, auto-imunidade negativa, testes cutâneo-alérgicos negativos, eosinófilos 30 células/L, IgE total 13 UI/mL e FeNO 6ppb. Avaliada por psiquiatria e otorrinolaringologia, com identificação de disfunção paradóxica das cordas vocais, tendo iniciado terapia da fala. Após otimização do plano terapêutico, foi assumida asma grave corticodependente com inflamação “T2-low”. Proposto início de dupilumab que a doente aceitou. Três dias antes da primeira toma, a doente é internada com exacerbação de asma, com intercorrência infecciosa vírica a SARS-CoV-2. Não querendo atrasar o início da terapêutica biológica, dada a qualidade de vida reduzida da doente, decidiu-se pelo início de dupilumab no segundo dia de internamento, que decorreu sem efeitos secundários. Teve alta com esquema de corticoide oral em desmame. Aos 4 meses a doente refere um GETE de 5. No entanto, mesmo após 6 meses de dupilumab a doente manteve perfil exacerbador, com 4 cursos de corticoide oral, mantendo ainda prednisolona 5mg sem possibilidade de desmame.

Discussão: Pretende-se principalmente demonstrar a segurança do dupilumab, mesmo quando iniciado durante uma exacerbação de asma e infeção aguda a SARS-CoV-2, fomentando-se e apelando à partilha de casos semelhantes com as terapêuticas biológicas.

Palavras-chave: Asma grave. Corticodependente. Terapêutica biológica. Dupilumab. Segurança.

PO048. BOLHA GIGANTE ENFISEMATOSA: UM ESPETRO DE DOENÇA NO DÉFICE DE ALFA-1-ANTITRIPSINA

Ana Sara Gonçalves, João Carvalho, Pedro Mendes, Víctor Teixeira
Hospital dos Marmeleiros.

Introdução: O enfisema corresponde à dilatação irreversível dos espaços aéreos distais, verificando-se a destruição da parede dos alvéolos e trocas gasosas pouco eficazes. Os fatores de risco que contribuem para esta condição incluem o tabagismo, défice de alfa-1-antitripsina (DA1AT), exposição a poluentes ambientais, uso de drogas intravenosas, sendo mais prevalente no sexo masculino e em idades mais avançadas.

Caso clínico: Apresenta-se um caso de um homem, 60 anos, ex-fumador (carga tabágica: 50 UMAs), com diagnósticos prévios de alcoolismo crónico, doença pulmonar obstrutiva crónica, DA1AT (genótipo MS) e enfisema bolhoso. Recorreu ao serviço de urgência por dispneia, tosse produtiva e astenia com um mês de evolução. Analiticamente, a realçar leucocitose, neutrofilia e proteína C reativa de 139 mg/L. Gasimetria arterial a evidenciar insuficiência respiratória tipo 1. Telerradiografia torácica apresentava hipotransparência homogénea com nível hidroaéreo no campo pulmonar direito. Iniciou oxigenioterapia e antibioterapia empírica com amoxicilina/ácido clavulânico e claritromicina. Por aumento dos parâmetros

inamatórios, escalou-se antibioterapia para piperacilina/tazobactam. Realizada tomografia computadorizada torácica que demonstrou “espessamento difuso das paredes brônquicas e enfisema pulmonar bolhoso severo bilateral, com volumosas bolhas apicais até 15,5 cm. Consolidação do lobo superior direito e porção subpleural posterior do lobo inferior direito, com nível hidroaéreo nas volumosas bolhas do ápice direito, sugerindo intercorrência infecciosa (pneumonia)”. Posteriormente, feita broncofibroscopia, durante a qual foram aspiradas secreções esbranquiçadas espessas. As biópsias brônquicas revelaram-se sem sinais de malignidade e exame bacteriológico identificou a presença de *Klebsiella pneumoniae*, iniciando-se antibioterapia dirigida com meropenem. À data de alta, por manter hipoxemia (FiO₂ 21%), iniciou oxigenioterapia de longa duração.

Discussão: Doentes com história de enfisema bolhoso podem apresentar clínica de infeção respiratória, o que pode corresponder a infeção de bolha enfisematosa já existente. Este caso clínico alerta para os principais diagnósticos diferenciais inerentes à presença de níveis hidroaéreos em bolhas enfisematosas, nomeadamente, pneumonia adjacente, abscesso pulmonar, hemorragia ou, ainda, malignidade.

Palavras-chave: Défice de alfa-1-antitripsina. Enfisema. DPOC. Infeção.

PO049. FENÓTIPOS E TREATABLE TRAITS DE DOENTES DPOC EXACERBADORES

Chantal Cortesão, Leticia Balanco, Pedro Silva Santos

Centro Hospitalar e Universitario de Coimbra.

Objetivos: A DPOC é uma doença heterogenea, motivando várias propostas terapêuticas baseadas em diferentes fenótipos clínicos e *treatable traits* clinicamente relevantes, que pretendemos descrever numa população de doentes exacerbadores.

Métodos: Foram avaliados 31 doentes (22 homens e 9 mulheres) internados por exacerbação de DPOC no ano de 2020, com seguimento posterior durante pelo menos 1 ano, com foco nos fenótipos clínicos e *treatable traits* associadas a aumento do risco de exacerbação (tabela).

Fenótipos e *treatable traits* com impacto no risco de exacerbação

Fenótipos de DPOC	N (%)
Exacerbador não eosinofílico (eosinófilos periféricos < 300.000/mm ³)	21 (67,7%)
Exacerbador eosinofílico (> 300.000/mm ³)	10 (32,2%)
Treatable traits de doentes com DPOC	N (%)
Patologia cardiovascular	26 (83,8%)
Insuficiência respiratória crónica	24 (77%)
Enfisema e insuflação pulmonar	20 (64%)
SAOS	16 (51,6%)
Bronquite crónica (tosse produtiva durante 3 meses consecutivos, pelo menos 2 anos)	11 (35%)
Tabagismo ativo	8 (25,8%)
Dispneia persistente (apesar de terapêutica broncodilatadora adequada)	6 (19,3%)
Limitação para atividade física/exercício	5 (16,1%)
Bronquiectasias	5 (16,1%)
Infeção brônquica crónica (colonização por <i>P. aeruginosa</i>)	2 (6,4%)
Caquexia (IMC < 20)	2 (6,4%)
Ansiedade/depressão	2 (6,4%)
Má adesão à terapêutica inalatória ou técnica inalatória deficiente	2 (6,4%)
Apoio familiar ou social insuficiente	2 (6,4%)

Resultados: O principal motivo de exacerbação foi infecção respiratória (93,5%). A maioria (67,7%) eram doentes não-eosinofílicos. Registraram-se em média 1,48 exacerbações no ano subsequente. Os doentes com mais do que 1 exacerbação no ano subsequente (25,8%), apresentaram mais insuficiência respiratória crônica (100%), limitação para o exercício e sedentarismo (37,5%), caquexia (12,5%) e infecção brônquica crônica com colonização por *P. aeruginosa* (25%). **Conclusões:** A identificação de *treatable traits* no doente com DPOC pode ser relevante não só no controlo do doente estável como também na avaliação do doente exacerbador, na perspectiva de melhor gestão da exacerbação e redução de risco.

Palavras-chave: DPOC. Fenótipos. Treatable traits. Exacerbação.

PO050. COMPARAÇÃO DO 1 MINUTE SIT TO STAND TEST COM A PROVA DE MARCHA DE 6 MINUTOS NA AVALIAÇÃO DA DESSATURAÇÃO INDUZIDA PELO EXERCÍCIO NAS DOENÇAS PULMONARES FIBRÓTICAS

Márcia Araújo¹, Ines Neves¹, Ana Luísa Fernandes¹, Sofia Neves², Bárbara Seabra¹, Zita Camilo¹, Inês Azevedo¹, Joana Amado¹, Paula Simão¹, Miguel Guimarães²

¹Hospital Pedro Hispano. ²Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho.

Objetivos: As doenças pulmonares fibróticas (DPF) englobam um grupo heterogêneo de patologias, cujos critérios de progressão incluem evolução clínica, imagiológica e funcional respiratória. Atualmente a Prova de Marcha de 6 minutos (PM6M) é o *gold standard* para avaliar a dessaturação induzida pelo exercício, constituindo fator de prognóstico. O *1 minute sit to stand test* (1STST) tem como vantagem a simplicidade de execução, podendo ser realizado em consulta. Comparar o 1STST com a PM6M nos doentes com DPF para deteção de dessaturação induzida pelo exercício.

Métodos: Estudo transversal multicêntrico. Foram selecionados doentes com DPF de dois centros hospitalares, tendo realizado, no mesmo dia, PM6M e 1STST com um intervalo > 30 minutos. Excluíram-se doentes sob oxigenoterapia. Foi utilizada a Correlação de Spearman (ρ) e o Coeficiente Kappa de Cohen (k) para determinação da correlação e concordância entre os testes, respetivamente.

Resultados: Foram incluídos 61 doentes, idade mediana 70 anos (60 - 77), 59% sexo masculino, 14,8% fumadores. 42,6% dos doentes apresentavam PH fibrótica, 23% FPI, 16,4% CTD-ILD, 8,2% sarcoidose IV, 8,2% NSIP e 1,6% FPF. A distância mediana percorrida na PM6M foi de 450m (390-519) e o número de repetições do 1STST de 22 (19-25), apresentando correlação estatisticamente significativa ($p = 0,011$, $\rho = 0,345$, fraca). A saturação mínima mediana foi de 90% (87-93) na PM6M e de 92% (89 - 93) no STST, com correlação moderada ($p \leq 0,001$, $\rho = 0,642$). Ambos os testes detetaram dessaturação com o esforço, sendo a mediana de 6% (4-8) na PM6M e de 4% (3-6) no STST ($p \leq 0,001$, $\rho = 0,644$, moderada). Na deteção de SpO₂ < 90% os testes apresentaram concordância moderada ($p \leq 0,001$, $k = 0,490$). **Conclusões:** Este estudo demonstrou correlação significativa entre a PM6M e o 1STST na deteção de dessaturação induzida pelo exercício. Assim, o 1STST pode constituir uma alternativa simples à PM6M em doentes com DPF.

Palavras-chave: Prova de marcha de 6 minutos. 1 minute sit to stand test. Doenças pulmonares fibróticas.

PO051. ATUALIZAÇÃO DA ANÁLISE DAS PROVAS DE FUNÇÃO RESPIRATÓRIA - TERÁ IMPACTO NO RESULTADO DA RESPOSTA AO BRONCODILATADOR E NA GRAVIDADE DO SÍNDROME OBSTRUTIVO?

Carolina da Silva Alves, Tânia Almeida, António Gerardo, Luísa Correia, Hedi Liberato, Fernando Rodrigues

Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca.

Objetivos: As recomendações de 2021 da ATS/ERS definiram prova de resposta ao broncodilatador positiva com um aumento superior a 10% do valor preditivo do VEMS ou CVF, diferindo da vigente desde 2005. Acresce que a gravidade do padrão obstrutivo passou a ser classificado de acordo com o *z-score* em ligeiro, moderado ou grave. Assim, procedeu-se ao estudo comparativo da positividade da prova de resposta ao broncodilatador e a gravidade do síndrome ventilatório obstrutivo segundo a definição ATS/ERS de 2005 vs 2021.

Métodos: Análise retrospectiva da mecânica ventilatória e da prova de resposta ao broncodilatador, em doentes ≥ 18 anos sem terapêutica broncodilatadora basal, realizadas de agosto a dezembro de 2022. Foram caracterizados os dados demográficos, alterações ventilatórias, interpretação do resultado da prova de broncodilatação e comparada a gravidade da obstrução.

Resultados: Foram analisadas 250 provas de broncodilatação, a maioria do sexo masculino (57%), com idade média de 60 ± 16 anos. Verificou-se que 75 (30%) provas foram positivas de acordo com a definição da ATS/ERS de 2005 face a 52 (21%) segundo a de 2021, traduzindo uma redução de 9%, estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Destaca-se que 27 das provas positivas e 4 das provas negativas segundo as recomendações de 2005 tornaram-se negativas e positivas, respetivamente, segundo os novos critérios. A prova de resposta ao broncodilatador foi realizada maioritariamente para diagnóstico de asma e DPOC (80%), tendo-se verificado em 85% ($n = 212$) alterações ventilatórias, como síndrome obstrutivo ($n = 151$) e aumento da resistência das vias áreas ($n = 28$). Dos doentes com padrão obstrutivo observou-se diminuição da gravidade em 71%, sobretudo de grave a moderado ($n = 32$) e moderadamente-grave a moderado ($n = 18$). A classificação ligeira da obstrução foi coincidente ($n = 35$).

Conclusões: As novas recomendações levaram a uma diminuição significativa das provas de resposta ao broncodilatador positivas e à redução da gravidade do padrão obstrutivo, sugerindo que poderão decorrer alterações na abordagem clínica.

Palavras-chave: Prova de broncodilatação. Síndrome obstrutivo. Gravidade.

PO052. PROVA DE ESFORÇO CARDIORRESPIRATÓRIA EM DOENTES COM SÍNDROME PÓS-COVID

Raquel Paulinetti Camara^{1,2}, Nuno Moreira³, Ana Sofia Oliveira^{3,4}, Fátima Rodrigues^{2,4,5}

¹Departamento de Pneumologia, Hospital Nossa Senhora do Rosário - Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, Barreiro, Portugal.

²Unidade de Reabilitação Respiratória, Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Hospital Pulido Valente, Lisboa, Portugal. ³Unidade de Fisiopatologia Respiratória, Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Hospital Pulido Valente, Lisboa, Portugal. ⁴Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. ⁵Instituto de Saúde Ambiental.

Objetivos: Após infeção por SARS-COV2, alguns doentes mantêm sintomas como cansaço e dispneia, que se enquadram na Síndrome pós-COVID (SPC). Este trabalho tem por objetivos caracterizar as alterações funcionais avaliadas na prova esforço cardiorrespiratória (PECR) em doentes com SPC e comparar com doentes que realizaram esta prova para esclarecimento de dispneia.

Métodos: Análise retrospectiva das PECR realizadas em 2022 no Hospital Pulido Valente.

Resultados: Foram realizadas 31 PECR, 25 em doentes previamente infetados com SARS-CoV-2, 5 excluídos por *missing data*, 7 apresentavam SPC, 5 dispneia a esclarecer, 1 pré-decisão terapêutica em HTP, 7 pré-operatório e 1 pré-programa reabilitação respiratória. No grupo SPC, 50% homens, 50% fumadores, idade mediana 60,5 (14) anos, IMC 29 (9) kg/m². A espirometria

inicial não mostrava alterações. A duração da prova foi 8,5 (6,1) minutos, o $VO_{2\text{pico}}$ 80,0 (10,3)%, a carga máxima 103,5 (15,0)%, o pulso de O_2 8,85 (6,4) mL e o declive VE/VCO_2 30,5 (7,3). Todos os doentes alcançaram limiar anaeróbio, 49 (12)% do $VO_{2\text{max}}$ previsto. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo da SPC e o da dispneia, mas verificou-se uma tendência para maior gravidade da infeção SARS-CoV-2 nos SPC (4 vs. 0 doentes, $p = 0,061$, Fisher's exact test) e para maior sensação de dispneia durante a prova (6 vs. 2 doentes, $p = 0,061$). Todos os doentes apresentaram sintomas durante a prova, principalmente fadiga muscular e dispneia. No grupo da SPC, 2 doentes apresentaram limitação cardíaca, 2 respiratória e 2 prova normal, enquanto no grupo da dispneia, 3 doentes fizeram prova normal, um apresentou esforço submáximo e 1 limitação cardíaca.

Conclusões: Na análise apresentada verificou-se uma tendência para maior gravidade da infeção SARS-COV2 e maior dispneia na PECR nos doentes com SPC do que nos com dispneia a esclarecer. A continuidade deste estudo é fundamental para entender as sequelas e limitações dos doentes com SPC.

Palavras-chave: Prova de esforço cardiorrespiratória. Síndrome pós-COVID. Dispneia.

PO053. ANÁLISE DIFERENCIAL DOS DOENTES ADMITIDOS NO SMI POR PNEUMONIA

Margarida M. Carvalho, Mariana Conde, Rita Rodrigues, Ricardo Amaral, Bebiana Conde, Nelson Barros, Francisco Esteves
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Objetivos: Analisar as principais diferenças nos doentes admitidos no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) com PAC vs Pneumonia Nosocomial (PN), em 5 anos.

Métodos: Estudo retrospectivo, incluindo doentes admitidos em SMI com diagnóstico de pneumonia, de janeiro 2017 a dezembro 2021. Excluídos casos de COVID-19. A análise estatística foi realizada com o SPSS Statistics 25.

Resultados: Incluídos 367 doentes com pneumonia, 66,0% ($n = 244$) do sexo masculino, mediana de idades de 65 (53-76) anos, sendo a PAC 75,47% ($n = 277$) dos casos. Duração mediana de internamento 13 (8-20) dias na PAC e 18 (10-31) dias na PN ($p < 0,01$). A PAC cursou com sépsis e choque séptico em 93,10% ($n = 258$) e 41,52% ($n = 115$), respetivamente. Nos doentes com PN verificou-se sépsis e choque séptico em 97,8% ($n = 88$) e 61,11% ($n = 55$), respetivamente. Obteve-se isolamento microbiológico em 34,3% ($n = 95$) das PAC e em 53,3% ($n = 48$) das PN, escalando-se antibioterapia em 11,6% ($n = 32$) doentes com PAC e em 28,9% ($n = 26$) das PN. Verificou-se ARDS moderado/severo em 49,81% ($n = 138$) das PAC e em 50,0% ($n = 45$) das PN. Na PAC, 117 (43,82%) doentes fizeram apenas VNI, 72 (26,0%) VMI e 49 (68,05%) *prone position*. Na PN, VNI instituiu-se em 32 doentes (35,56%), VMI em 31 (34,4%) e *prone position* em 9 (29,03%). A mortalidade hospitalar foi de 7,58% ($n = 21$) na PAC e 34,44% ($n = 31$) na PN. Comparativamente à PAC, a PN associou-se a maior prevalência de choque séptico (OR 1,22; $p = 0,001$), maior probabilidade de se obter isolamento microbiológico (OR 2,19; $p = 0,001$), de escalar antibioterapia (OR 3,11; $p < 0,001$) e a maior mortalidade (OR 6,41; $p < 0,01$).

Conclusões: Este trabalho evidencia uma baixa taxa de mortalidade nos doentes com PAC internados no SMI, provavelmente associada a uma orientação precoce destes doentes à medicina intensiva e reforça a importância de tratamento e alta precoces, evitando a PN, que se associa a elevado risco de mortalidade.

Palavras-chave: Pneumonia Nosocomial. Taxa de mortalidade. Risco de mortalidade.

PO054. QUE DOENÇA GRANULOMATOSA PODERÁ SER?

Andreia Daniel¹, Maria Alvarenga Santos¹, Joana Branco², Margarida Barata¹, Nídia Caires¹, Teresa Martín¹, Maria Inês Claro¹, Margarida Aguiar¹, Sofia Tello Furtado², Filipa Todo Bom¹

¹Serviço de Pneumologia, Hospital de Loures EPE. ²Serviço de Pneumologia, Hospital da Luz.

Introdução: A actinomicose torácica é rara, devendo incluir-se no diagnóstico diferencial de doença granulomatosa pulmonar. A apresentação com derrame pleural é raríssima.

Caso clínico: Mulher, 57 anos, melanodérmica, natural de Angola, com antecedentes de sinusopatia crónica submetida a cirurgia não especificada em 2020. Sem história de etilismo/tabagismo. Por perda ponderal (> 10 Kg), tosse seca, toracalgia pleurítica e dispneia com um mês de evolução recorreu ao SU em Angola em dezembro/2021. TC tórax mostrou condensação com broncograma aéreo no pulmão direito e derrame pleural bilateral. Realizou toracocentese com saída de líquido sero-hemático com PCR *M. tuberculosis* negativa. Admitida tuberculose pulmonar e pleural, iniciando antibióticos que suspendeu após 15 dias por intolerância. Fez ainda ciclo de antibioterapia sem melhoria. Repetiu toracocentese com saída de líquido sero-hemático (predomínio de mononucleares) e biópsias pleurais, não diagnósticas para tuberculose. Por manutenção do quadro, viajou para Portugal em julho/2022 para prosseguir estudo. Emagrecida. Auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído bilateralmente. Analiticamente sem elevação de parâmetros de fase aguda, serologia HIV e perfil de auto-imunidade negativos. Repetiu toracocentese com saída de 950 mL de líquido seroso compatível com exsudado com predomínio de polimorfonucleares (91%), ADA 47,9 U/L e PCR *M. tuberculosis* negativa. Exame citológico, bacteriológico, direto e cultural para micobactérias negativo. Repetiu biópsias pleurais, não diagnósticas. TC TAP com adenopatias mediastínicas, hilares e axilares direitas. Realizou EBUS cuja citologia aspirativa dos gânglios 7, 11R e 11L mostrou inflamação granulomatosa necrotizante e isolamento de *Schaalia odontolyticus*. Iniciou penicilina G benzatínica, encontrando-se na 3ª semana de tratamento em melhoria clínica, com recuperação ponderal de 12Kg, mantendo derrame pleural sobreponível.

Discussão: A actinomicose torácica pode manifestar-se sob a forma de derrame pleural mesmo em doentes imunocompetentes. A *Schaalia odontolyticus* coloniza o trato respiratório superior, podendo a cirurgia prévia ter originado a disseminação da infeção. Este caso destaca a importância de uma abordagem multidisciplinar e seriada.

Palavras-chave: Adenopatias mediastínicas. Derrame pleural. Actinomicose. *Schaalia odontolyticus*.

PO055. EMPIEMA POR MYCOBACTERIUM AVIUM - UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA

David Noivo, Mariana Marçal, Joana Patrício, Filipe Modesto, Margarida Castanho, Lígia Sofia Fernandes, Paula Duarte

Hospital de São Bernardo, Setúbal.

Introdução: A infeção por micobactérias não tuberculosas tem vindo a aumentar a sua incidência nos últimos anos. O empiema devido a estes microorganismos é raro e ocorre em menos de 15% dos casos.

Caso clínico: Homem, 75 anos, antecedentes de espondilite anquilosante, medicado com corticoterapia. Recorreu ao serviço de urgência por dispneia, tosse, febre e dor de características pleuríticas há 3 meses e agravamento recente. Efetuou múltiplos cursos de antibioterapia em ambulatório sem melhoria. A radiografia de tórax da admissão demonstrou cavitações bilateralmente e derrame pleural direito. Na tomografia computadorizada visualizava-se derrame pleural de moderado vo-

lume à direita, organizado, espessamento e realce difuso da pleura (sinal da pleura dividida). Individualizavam-se também múltiplas lesões cavitadas de parede espessa. Colheu duas amostras de expectoração com pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR), que foi positiva, iniciando terapêutica antibacilar. A toracocentese apresentou saída de líquido purulento pelo qual foi colocada drenagem torácica. O líquido pleural revelou BAAR. Após dez dias, o resultado da PCR na expectoração e líquido pleural para micobactérias tuberculosas foram negativos e para micobactérias não tuberculosas positivos. O resultado cultural foi positivo para *Mycobacterium avium*. Suspenderam-se a pirazinamida e a isoniazida e foram iniciadas claritromicina e amicacina. Tendo em conta a manutenção de hidropneumotorax, foi referenciado a cirurgia torácica onde foi colocada drenagem torácica de longa duração e o doente teve alta hospitalar. Atualmente o doente apresenta melhoria clínica, tendo sido removida a drenagem torácica em ambulatório por melhoria clínica e radiológica.

Discussão: Este caso salienta a importância do correto diagnóstico diferencial e da pesquisa de material genético pelo método de PCR para micobactérias tuberculosas e não tuberculosas, especialmente em doentes imunodeprimidos. É fundamental a sensibilização dos médicos para a emergência das infeções por estes microorganismos, nomeadamente para os seus fatores de risco e potenciais apresentações clínicas/complicações.

Palavras-chave: *Micobactérias. Empiema. Avium. PCR.*

PO056. TEMPO DE DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE E TEMPO DE CONVERSÃO CULTURAL DURANTE A PANDEMIA COVID-19

Cátia Pimentel¹, Andreína Vasconcelos², Filipe Alves³, Raquel Duarte⁴

¹Centro Hospitalar de Leiria. ²Centro Hospitalar do Baixo Vouga.

³Administração Regional de Saúde do Norte. ⁴Centro de Diagnóstico Pneumológico de Vila Nova de Gaia.

Introdução: A pandemia afetou o acesso aos serviços de saúde e obrigou os serviços a re-organizarem-se. As consultas de tuberculose mantiveram-se a funcionar, mas houve necessidade de alterar procedimentos, nomeadamente a toma observada diretamente (que passou a ser feita remotamente).

Objetivos: Avaliar o efeito da pandemia no tempo até ao diagnóstico e até à conversão cultural

Métodos: Coorte retrospectiva dos doentes com diagnóstico de tuberculose avaliados no CDP de Vila Nova de Gaia, em março-dezembro 2019 (pré-pandemia) e março-dezembro 2020 (pandemia). Foram recolhidos dados sociodemográficos e clínicos. Aplicado o teste de Mann-Whitney e correlação de Spearman.

Resultados: Incluídos 65 casos de tuberculose, dos quais 39 (60%) foram diagnosticados antes da pandemia e 26 (40%) em fase pandémica. A maioria é do sexo masculino (67,7%), com idade mediana de 46 anos, sendo a maioria ativos profissionalmente ou estudantes (58,4%). Nesta coorte, 27% apresentavam pelo menos um dos seguintes fatores de risco: VIH, dependência de álcool, consumo de drogas, sem-abrigo ou reclusão. O tempo mediano do diagnóstico foi 37 dias (22,2-76,5) em fase pandémica vs. 41 dias (15,5-75) na pré-pandemia ($p = 0,91$), não existindo diferenças estatisticamente significativas de acordo com a idade, sexo, situação laboral e fatores de risco entre estes grupos. O tempo até negatificação mediano foi 36 dias (22-51) na pandemia vs. 29 dias (17-56,5) em pré-pandemia ($p = 0,14$), não existindo também diferenças significativas de acordo com a idade, sexo, situação laboral e fatores de risco.

Conclusões: Apesar de não ser significativo, verificamos uma redução no tempo até ao diagnóstico e um aumento no tempo de conversão cultural durante a fase da pandemia. Vai ser importante

alargar este estudo a outros centros e perceber o efeito da redução da toma observada diretamente.

Palavras-chave: *Tuberculose. COVID-19. Conversão cultural.*

PO057. PADRÃO RADIOLÓGICO MILIAR EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE

Joana Marques Simões, Alexandre Almendra, Elsa Fragoso, Sara Salgado, Adélia Lopes, Paula Esteves

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: A tuberculose (TB) miliar surge mais comumente em lactentes e crianças pequenas, bem como em indivíduos imunocomprometidos. A infeção VIH, terapêutica imunossupressora, neoplasias, doenças auto-imunes, diabetes mellitus e alcoolismo representam importantes fatores de risco. Estima-se que corresponde a < 2% de todos os casos de TB no imunocompetente.

Caso clínico: Homem de 31 anos, natural do Mali, trabalhador da construção civil. Sem antecedentes ou medicação habitual. Recorreu ao SU por toracalgia, dispneia, tosse produtiva, sudorese noturna e febre com evolução sub-aguda. Exame objectivo: TT 38,2 °C, SpO2 87% em ar ambiente, taquipneia, auscultação cardiopulmonar sem alterações, hepatoesplenomegalia. Gasimetria arterial (FiO2 21%): hipoxémia moderada (PaO2 53 mmHg) e alcalose respiratória. Laboratorialmente: anemia não carencial; lesão renal aguda (creatinina 2,53 mg/dl); citocolestase hepática; PCR 16 mg/dl, PCT 8,68 ng/ml; VS 34 mm; ECA 196 U/l; β_2 microglobulina 10,1 mg/l; eletroforese de proteínas e imunofixação sérica sem componente monoclonal. Excluída imunodeficiência (serologias virais negativas; sem défice de imunoglobulinas; estudo de autoimunidade normal). TC tórax: padrão micronodular difuso. TC abdomino-pélvica: hepatoesplenomegalia moderada. Exame micobacteriológico direto da expectoração negativo. Efetuada videobroncoscopia diagnóstica: LBA com alveolite linfocitária (linfócitos 68%; 96,4% linfócitos T; CD4/CD8 = 1); galactomannan negativo. Admitiu-se o diagnóstico provável de TB miliar e foi iniciada terapêutica antibacilar, com melhoria clínica e laboratorial progressivas. As biópsias brônquicas (BB) mostraram infiltrado inflamatório por mononucleados, sem granulomas. Constatou-se TAA para *Mycobacterium tuberculosis* positivo e, a posteriori, exame cultural da expectoração, LBA e BB positivos, sem deteção molecular e fenotípica de resistências. Restantes exames microbiológicos negativos.

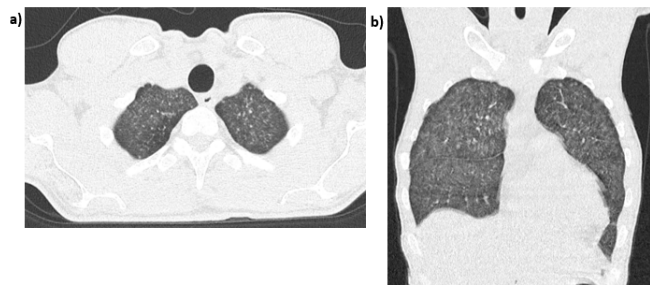


Figura 1 – TC tórax realizada à admissão hospitalar.

Discussão: Ainda que seja raro, têm sido descritos na literatura casos de TB miliar em indivíduos imunocompetentes. Este caso clínico, pelas suas particularidades, evidencia o desafio diagnóstico associado à TB e a importância de manter uma elevada suspeita clínica, mesmo em indivíduos sem imunossupressão identificada, já que o atraso no início do tratamento está associado a elevada mortalidade.

Palavras-chave: *Tuberculose miliar. Imunocompetente. Padrão radiológico miliar.*

PO058. BCGITE: O AZAR DE UM EFEITO ADVERSO RARO

Ana Rita Pedroso, Joana Vieira Naia, Marta Silva, Diana Pimenta, Sofia Rodrigues Sousa, Ana Luísa Vieira, Lurdes Ferreira

Hospital de Braga.

Introdução: A instilação intravesical do bacilo Calmette-Guérin (BCG) está indicada no tratamento e prevenção da recidiva do carcinoma superficial de alto grau da bexiga e do carcinoma *in situ*, usando-se para tal, uma variante atenuada de *Mycobacterium bovis*. Este tratamento é seguro e bem tolerado. Os efeitos adversos mais comuns são locais, contudo, embora seja raro, pode ocorrer a disseminação sistêmica do bacilo, entidade que se denomina por BCGite.

Caso clínico: Homem de 71 anos, com antecedentes de neoplasia maligna da bexiga a realizar tratamento com instilação de BCG, recorreu ao serviço de urgência por expectoração hemoptóica com 10 dias de evolução, inicialmente abundante, mas que foi diminuindo de frequência e quantidade. Nesse contexto, realizou tomografia computadorizada do tórax que revelou “uma massa tecidual perihilar à esquerda envolvendo extensamente o contorno mediastínico, o hilo na sua vertente superior e infiltrando o mediastino na região dos troncos supra-aórticos, nomeadamente, axilar à esquerda... mede nos maiores diâmetros cerca de 4 x 5 cm... e deverá ter a mesma natureza neoformativa com envolvimento do segmento anterior do LSE”. Para caracterização da massa, realizou biópsia trans-torácica e videobroncofibroscopia que revelaram uma inflamação granulomatosa, ausência de células malignas e isolamento por biologia molecular de *Mycobacterium bovis* no lavado bronco-alveolar. O doente suspendeu as instilações vesicais com BCG e foi encaminhado para o Centro de Diagnóstico Pneumológico, tendo iniciado tratamento com isoniazida, rifampicina e etambutol.

Discussão: O prognóstico dos doentes com complicações do tratamento intra-vesical com BCG é considerado favorável, contudo, as taxas de mortalidade (5,4%) e de incapacidade a longo prazo (7,4%) não são negligenciáveis. Os três fatores associados a uma maior mortalidade são idade avançada (> 65 anos), infeção disseminada e envolvimento vascular. Com este caso, pretende-se chamar à atenção para a necessidade de uma investigação exaustiva das massas pulmonares, porque nem sempre correspondem a neoplasias malignas.

Palavras-chave: BCGite. BCG. *Mycobacterium bovis*. Efeito adverso raro.

PO059. BORDETELLA BRONCHISEPTICA: UM CASO RARO DE ZOONOSE COM INFEÇÃO PULMONAR NO IMUNOCOMPETENTE

Joana Lourenço, Sara Dias, Márcia Araújo, Maria João Moura, Ana Paula Vaz

Hospital Pedro Hispano.

Introdução: A *Bordetella bronchiseptica* é um cocobacilo gram negativo encontrado nas vias respiratórias superiores de cães e suínos, podendo também infetar ratos, coelhos, gatos e primatas. Raramente transmite-se ao Homem como infeção zoonótica, acometendo tipicamente imunocomprometidos. As manifestações clínicas variam de infeção assintomática a pneumonia grave.

Caso clínico: Homem de 70 anos, ornamentista reformado, divorciado, vive sozinho. Antecedentes: tuberculose pulmonar aos 33 anos tratada, ex-fumador (40 UMA), HTA e dislipidemia. Exposição: cão há 20 anos, más condições de habitação há 15 anos (presença de ratos). TC-tórax-2013 a demonstrar enfisema centrilobular e discretas bronquiectasias cilíndricas de predomínio no lobo médio. Referenciado à consulta de Pneumologia por expectoração hemoptóica e perda ponderal (> 5 Kg). Previamente medicado com amoxicilina/ácido clavulânico. Padrão basal sem broncorreia ou dispneia. Analiticamente: PCR 28 mg/L; hemograma normal; serologias

HIV e vírus hepáticos negativas; sem défice de imunoglobulinas; estudo funcional respiratório com diminuição moderada da difusão do CO; TC-tórax-2020 com micronódulos centrilobulares com *tree-in-bud* predominantemente no lobo médio, língua e lobo inferior esquerdo; exame microbiológico de expectoração negativo; broncofibroscopia com isolamento de uma *Bordetella bronchiseptica* (S piperacilina/tazobactam, meropenem e tetraciclina; SE amoxicilina/ácido clavulânico e imipenem) nos lavados brônquico e bronco-alveolar. Internado eletivamente tendo efetuado antibioterapia dirigida com piperacilina/tazobactam 4,5 g 6/6h (21 dias). Durante o seguimento em consulta, manteve estabilidade clínica, exames microbiológicos de expectoração negativos, persistindo o padrão imagiológico micronodular. Em 2022, novo episódio de hemoptises e agravamento imagiológico. Repete broncofibroscopia isolando-se novamente *Bordetella bronchiseptica* com o mesmo perfil de resistências. Efetuada antibioterapia 14 dias com uma tetraciclina. Atualmente encontra-se assintomático, sob cinesiterapia respiratória, com melhoria do padrão micronodular.

Discussão: Os autores salientam este caso pela raridade da infeção por *Bordetella bronchiseptica* no imunocompetente. A exposição a animais é frequentemente implicada. Nos casos de colonização, não está documentada a utilização de antibioterapia de manutenção.

Palavras-chave: *Bordetella bronchiseptica*. Zoonose. Imunocompetente.

PO060. DUAS MANIFESTAÇÕES POUCO COMUNS DE TUBERCULOSE

Inês Estalagem, Júlia Silva, Matilde Almeida, Didina Silva

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: A tuberculose cutânea é uma manifestação rara de tuberculose - menos de 1% dos casos. As suas formas mais comuns são o escrofuloderma e o *lupus vulgaris*. A tuberculose mamária, não é, por definição considerada tuberculose cutânea, contudo muitas vezes apresenta alterações cutâneas suprajacentes. Manifesta-se habitualmente como nódulos bem circunscritos, indolores, com crescimento progressivo e possível ulceração. O seu principal diagnóstico diferencial é o cancro da mama. Os autores apresentam dois casos clínicos de tuberculose cutânea e mamária.

Caso clínico: O primeiro caso trata uma doente do sexo feminino, 67 anos, com antecedentes de Hipertensão Arterial e infeção por VIH, que apresentava mastalgia e empastamento da mama direita. Realizou mamografia e ecografia mamária, verificando-se uma massa peri-areolar na mama direita, com 1,4 x 7 mm e adenopatias axilares ipsilaterais. A biópsia da massa e adenopatias revelou inflamação crónica granulomatosa, com áreas de necrose tipo caseosa, sugerindo tuberculose. Foi ainda pedido PCR para *Mycobacterium tuberculosis* (MTB), que se revelou positivo. Foi excluída tuberculose torácica, por achados radiográficos, culturais e PCR MTB, na expectoração e secreções brônquicas. Após início de terapêutica anti-bacilar, houve resolução progressiva das lesões. O segundo caso trata uma doente do sexo feminino, 60 anos de idade, com antecedentes de HTA e diabetes tipo 2, que apresentou aparecimento de nódulos subcutâneos duros e indolores na face interna das coxas, sobretudo à direita e nas mamas. As lesões foram biopsadas revelando paniculite lobular granulomatosa com vasculite e focos de necrose de caseificação sugerindo vasculite nodular e eritema duro de Bazin. Foi excluída doença pulmonar através de exames radiológicos e colheita de expectoração. A doente iniciou terapêutica anti-bacilar com melhoria das lesões.

Discussão: Os autores apresentam estes 2 casos, pelo facto de a tuberculose cutânea não ser uma manifestação frequente, e também pela necessidade de obtenção de biópsias para obter este diagnóstico final.

Palavras-chave: Tuberculose. Cutânea. Mama.

PO061. EVOLUÇÃO NOS ISOLAMENTOS MICROBIOLÓGICOS EM AMOSTRAS RESPIRATÓRIAS DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Élin Almeida, Mariana Tavares, Diogo Rebolo, José Manuel Silva, Maria de Los Angeles Holgado

Unidade Local de Saúde da Guarda.

Introdução: A incidência de infeções em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e a morbimortalidade associada são influenciadas por vários fatores, incluindo características da população, antibioterapia inadequada, prevalência dos agentes infecciosos e de resistência antimicrobiana. O conhecimento dos microrganismos mais prevalentes, juntamente com seu padrão de resistência, pode auxiliar na gestão dos doentes e na determinação de melhores estratégias de uso de antibioterapia.

Objetivos: Identificar os microrganismos isolados em amostras respiratórias e o seu perfil de resistências, assim como a variabilidade dos mesmos nos últimos 5 anos.

Métodos: Estudo retrospectivo observacional, entre janeiro de 2018 e dezembro de 2022, numa UCI. Avaliou-se a frequência de isolamento em amostras respiratórias dos microrganismos mais prevalentes, e a sua caracterização como multirresistentes ou produtores de beta-lactamases de espectro alargado (ESBL).

Resultados: Obtiveram-se um total de 348 amostras de produtos respiratórios: 143 em 2018 (45,2%), 78 em 2019 (24,6%), 45 em 2020 (14,2%), 44 em 2021 (12,6%) e 38 em 2022 (11,7%). Os microrganismos mais frequentemente isolados em 2018 foram *Staphylococcus aureus* (18,2%), *Candida albicans* (11,2%), *Klebsiella pneumoniae* (9,1%) e *Pseudomonas aeruginosa* (5,6%). Houve isolamento de *Staphylococcus aureus* resistentes a meticilina (MRSA) apenas nos anos de 2018 e 2019, 4,9% e 8,9% respetivamente. No ano de 2022 o microrganismo que se isolou com mais frequência foi *Klebsiella pneumoniae* (23,7%), seguido de *Pseudomonas aeruginosa* (15,7%) e *Escherichia coli* (10,5%). Esta tendência crescente no isolamento de microrganismos Gram negativo, acompanhou-se também de um

aumento das estirpes multirresistentes ou produtoras de ESBL (de 5,6% em 2018 para 13,2% em 2022).

Conclusões: Os microrganismos Gram negativo são atualmente os mais isolados em amostras respiratórias nesta UCI, e há uma tendência crescente para isolamento de microrganismos multirresistentes. Este conhecimento deverá ter impacto nas decisões clínicas, nomeadamente na escolha apropriada de antibioterapia empírica.

Palavras-chave: Resistência antimicrobiana. Klebsiella pneumoniae.

PO062. RASTREIO DE TUBERCULOSE EM MIGRANTES UCRANIANOS: PRÁTICAS EUROPEIAS

Mariana Conde¹, Mariana Argel², Mariana Vieira³, Raquel Duarte⁴

¹Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. ²Centro Hospitalar Tondela-Viseu. ³Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto. ⁴Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia Espinho.

Objetivos: A 24 de fevereiro de 2022 um conflito armado entre a Rússia e a Ucrânia levou a uma crise migratória que deslocou mais de 4.000.000 ucranianos. Na Ucrânia, a tuberculose, particularmente multirresistente, continua a ser uma ameaça para a saúde pública. O estudo pretende debater o rastreio da tuberculose nesta população e as dificuldades associadas.

Métodos: Foi enviado um questionário em formato eletrónico através do grupo TBnet.

Resultados: Participaram 12 voluntários, todos médicos, com a idade média de 53,9 ± 13,2 anos, a maioria do sexo masculino (58,3%; n = 7) e em contacto direto com doentes com tuberculose diariamente (66,7%, n = 8). A amostra centrou-se em países europeus (Alemanha, Dinamarca, Reino Unido, Espanha, Portugal, Grécia, Suíça, Itália, Países Baixos) que recebem migrantes ucranianos. Na maioria foi levantada a questão da tuberculose como um possível

	UK (n=1)	Spain (n=1)	Portugal (n=1)	Greece (n=1)	Switzerland (n=1)	Italy (n=1)	Netherlands (n=1)	Denmark (n=2)	Germany (n=3)
É exigido um documento comprovativo de rastreio para a tuberculose para entrada no seu país?	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não		(2) não é requerido rastreio; (1) apenas necessário aos usuários dos alojamentos coletivos oficiais
No seu país, a migração de pessoas ucranianas levou a abordar a tuberculose como um problema a ser atendido?	No espaço público, ao nível das autoridades de saúde e dos partidos políticos	Ao nível das autoridades de saúde, dos especialistas em TB e das entidades de Saúde Pública	Ao nível das autoridades de saúde	Não	Ao nível das autoridades de saúde	No espaço público e ao nível das autoridades de saúde	No espaço público e ao nível das autoridades de saúde e dos consultores nacionais para a TB	Ao nível das autoridades de saúde	Ao nível das autoridades de saúde (3), no espaço público (1) e nos partidos políticos (1)
Existe no seu país um Plano Nacional que aborde as populações migrantes no que concerne o rastreio para a TB?	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	(1) O Plano Nacional apenas concerne refugiados e requerentes de asilo(1) Não; (1) desconhecido
Existe no seu país um Plano Nacional que aborde as populações migrantes ucranianas no que concerne o rastreio para a TB?	Sim	Um plano para rastreio na população migrante está a ser desenvolvido ao nível do governo regional (Catalunha)	Não	Não	Não	Desconhece	Sim	Sim (1) Não (1)	(1) Recomendações das sociedades de peritos a nível nacional, sendo o rastreio da TB obrigatório nos alojamentos coletivos oficiais. (2) Não (3) Desconhece
Estão a ser realizados rastreios de TB aos migrantes ucranianos? Se sim, sob que critérios?	Sim, critério: doença ativa	Sim, critério: migrantes da Ucrânia com mais de 16 anos de idade	Sim, sem critérios específicos	Sim, critérios: grupos de alto risco ((PLHV) contactos com casos de TB	Sim, critérios: rastreio é voluntário	Sim, critério: grupos específicos	Sim	(1) Não (2) Sim, critérios: sinais e sintomas de TB e referência para especialista	(1) Sim, critério: pessoas com mais de 8 anos (2) Não
Se o rastreio está a ser conduzido nas populações migrantes, que entidade as identifica?	Serviços de Saúde	IGTP em colaboração com a Agência de Saúde Pública de Barcelona e os principais líderes comunitários	Saúde Pública					Apenas se sintomático	
Que ferramentas estão a ser utilizadas para o rastreio desta população?	Raio-X torácico, inquérito de sintomas	Raio-X torácico, inquérito de sintomas	Raio-X torácico, inquérito de sintomas, IGRA, Teste Cutâneo Tuberculínico	IGRA	Inquérito de Sintomas, IGRA	Raio-X torácico, inquérito de sintomas	Raio-X torácico, IGRA		Inquérito de sintomas, IGRA, Teste Cutâneo Tuberculínico, Raio-X torácico são obrigatoriamente usados para rastreio em alojamentos coletivos oficiais.
Em caso de alteração de residência ou perda de acompanhamento, o que é feito?		Acompanhamento ativo pela Agência de Saúde Pública em colaboração com o Sistema Público de Saúde.	Autoridades de Saúde Pública						Comunicação à Autoridade de Saúde responsável e lista de contactos; Oficial de Saúde Pública
Que dificuldades estão a ser percebidas no processo de rastreio e tratamento?	Legislativo (sem permissão das autoridades para rastreio)	Financeiro (financiamento para os consumíveis dos rastreios)	Logísticas (dificuldade no acesso aos refugiados)	Logísticas (dificuldade no acesso aos refugiados) Não existe Plano Nacional para a TB	Cultural/linguístico (refugiados não conseguem/não querem falar sobre os seus problemas de saúde)	Logísticas (dificuldade no acesso aos refugiados)	O número de migrantes ucranianos para rastreio de TB ativa é muito alto; Logísticas (dificuldade no acesso aos refugiados) e Legislativo (sem permissão das autoridades para rastreio)		Legislativo (sem permissão das autoridades para rastreio); Cultural/linguístico (refugiados não conseguem/não querem falar sobre os seus problemas de saúde); Liberdade de circulação; Situações de saúde complexas (co-infeções, abuso de drogas, baixa adesão); Nenhuma política nacional de rastreio, pouco conhecimento sobre os grupos de risco para TB no país; incerteza na escolha do tratamento em indivíduos com TBIL de países com alta carga de MDR-TB
Existe alguma boa prática que queira partilhar?		Desenvolvimento de uma SOP, materiais (folheto), cartas informativas, questionário online	Acesso gratuito ao diagnóstico e tratamento para todos, independentemente do status legal ou posição económica		Uniformização do rastreio ao nível nacional (não local)		Rastreio aos migrantes com incidência de TB > 50/100K. Em caso de TBIL (exclui-se TB ativa), é oferecida profilaxia		implementação de IGRA

Tabela 1 - Respostas ao questionário, por país. TBIL - Tuberculose Infeção Latente; TB - Tuberculose; IGTP - Fundació Institut Germans Trias i Pujol.

Figura PO62

problema relacionado com esta crise migratória, pelas autoridades sanitárias, no espaço público, entre peritos e representantes nacionais responsáveis pela tuberculose. Apenas 5 inquiridos (Reino Unido, Suíça, Itália, Dinamarca, Holanda) relataram um plano nacional para as populações migrantes e só em 4 países existia um plano nacional concebido especificamente para o contexto presente. A maioria dos participantes (N = 9, 75,0%) declarou que o seu país está a rastrear migrantes ucranianos para tuberculose, de forma não sistemática, mas em grupos de risco, em voluntários ou em projetos locais, como prática individual. Um dos problemas levantados é a elevada taxa de mobilidade desta população e perda de *follow-up*, neste contexto.

Conclusões: Numa emergência humanitária, os países que recebem refugiados devem criar planos organizados para garantir o acesso fácil aos cuidados de saúde para situações agudas, crónicas ou sob tratamento. As diferenças que encontramos entre países e mesmo entre participantes que trabalham no mesmo país demonstram a falta de padronização de práticas. Pretendemos iniciar um debate sobre esta questão premente.

Palavras-chave: Tuberculose. Rastreo. Migração.

PO063. CRÓNICAS DO DURVALUMAB: PNEUMOCISTOSE SOB ANTI-PDL1

Maria João Santos¹, Maria João Cavaco², Fernanda Paula¹, Direndra Hasmucrai¹, Filipe Froes¹

¹Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN). ²Centro Hospitalar do Oeste (CHO).

Introdução: Infeção por *Pneumocystis jirovecii* ocorre quase exclusivamente em imunodeprimidos. Habitualmente o uso de imunoterapia não está associado a risco aumentado de infeção por este agente. Considerando a escassez de informação na literatura, apresenta-se o caso de um doente sem critérios clássicos de imunocompromisso com pneumocistose sob durvalumab (anti-PDL1 aprovado no carcinoma não-pequenas células estadio III como terapêutica de manutenção após quimiorradioterapia).

Caso clínico: Homem, 66 anos, com carcinoma indiferenciado do pulmão (estadio IIIA). Realizou quimiorradioterapia até 07/22, tendo iniciado durvalumab em 08/22. Após 1 mês, iniciou quadro de dispneia e tosse produtiva com 4 dias de evolução. Dirigiu-se ao Hospital de Dia, onde se encontrava febril, hipotenso, SpO₂ 85% com FiO₂ 100%. Constatou-se insuficiência respiratória global com acidemia grave (pH 7,16) e iniciou ventilação não invasiva. Apresentou evolução desfavorável, com necessidade de ventilação invasiva. Iniciou antibioterapia com piperacilina/tazobactam e linezolid. TC tórax revelou hipodensidades bilaterais em vidro despolido envolvendo > 75% do parênquima. Broncofibroscopia apresentava sinais inflamatórios difusos e secreções mucopurulentas mas o exame microbiológico do lavado broncoalveolar foi negativo. Devido à apresentação imagiológica, acabou por ser pedida pesquisa de *Pneumocystis jirovecii*, apesar de se tratar de um indivíduo “imunocompetente”. O resultado foi positivo e o doente iniciou terapêutica dirigida com cotrimoxazol. O internamento apresentou múltiplas complicações (ARDS grave, choque refratário, necessidade de técnica de substituição renal, pneumoperitônio) e o doente acabou por falecer 2 semanas depois.

Discussão: Reações adversas do durvalumab são maioritariamente por toxicidade pulmonar e ocorrem cerca de 1 mês após início de terapêutica. Dentro destas, apenas estão descritas na literatura séries com 1 a 5 casos de infeção por *Pneumocystis jirovecii*, sendo que numa delas os 3 doentes reportados faleceram, situação que acabou por se verificar neste caso. Apesar de raro, é essencial considerar este diagnóstico num doente sob imunoterapia. Complicações pulmonares do durvalumab incluem ainda ARDS e falência respiratória.

Palavras-chave: *Pneumocystis jirovecii*. Durvalumab. Imunoterapia.

PO064. TUBERCULOSE INTESTINAL COMO CAUSA DE CHOQUE HEMORRÁGICO

Nair Andrade, Marisa Miranda, Ana Catarino

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A tuberculose intestinal (TI) é uma complicação da doença pulmonar, mais frequentemente causada pela disseminação hematogénica ou pela deglutição de expetoração contaminada por *Mycobacterium tuberculosis*. A incidência varia entre 1-3% de todos os casos de tuberculose e, nos países desenvolvidos, relaciona-se com infeção por vírus da imunodeficiência humana (VIH) embora outras associações sejam possíveis.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, de 50 anos de idade, com antecedentes de alcoolismo e tabagismo crónicos, admitido no serviço de urgência com um quadro com cerca de um mês de evolução caracterizado por astenia, perda de peso, sudorese, tosse, febre e dor abdominal. A radiografia e a TC torácicas eram sugestivas de tuberculose pulmonar, com presença de áreas de cavitação. A suspeita foi confirmada por exame direto da expetoração e iniciada terapêutica dirigida com rimfapicina, isoniazida, etambutol e pirazinamida. Apesar da terapêutica instituída, evoluiu rapidamente para choque, instabilidade hemodinâmica e falência multi-orgânica com necessidade de internamento em unidade de cuidados intensivos sob ventilação mecânica invasiva. Ao 3º dia de internamento iniciou quadro de melenas e hematoquezias. Realizou colonoscopia que mostrou abundante conteúdo de sangue em todo o cólon e, no colón ascendente, cego e válvula íleo-cecal, múltiplas úlceras e cavidades com coloração esbranquiçada (sugestiva de isquémia) e muito friáveis. Foi submetido a laparotomia com enterectomia segmentar do íleo terminal e hemicolectomia direita. O diagnóstico anátomo-patológico confirmou a presença de múltiplas áreas de doença granulomatosa necrotizante, compatíveis com tuberculose intestinal. Após a excisão cirúrgica, houve resolução do quadro de choque e melhoria das disfunções de órgão. Ao 10º dia de internamento, desenvolveu uma pneumonia nosocomial, com evolução para choque séptico refratário e falência multi-orgânica. Apesar das medidas instituídas veio a falecer ao 13º dia de internamento.

Discussão: Apesar de ser uma apresentação incomum, a TI pode manifestar-se como hemorragia digestiva, choque hemorrágico e necessidade de cirurgia de urgência.

Palavras-chave: Tuberculose intestinal. Choque hemorrágico.

PO065. ASPERGILOSE SEMI-INVASIVA: DO DIAGNÓSTICO À GESTÃO TERAPÊUTICA

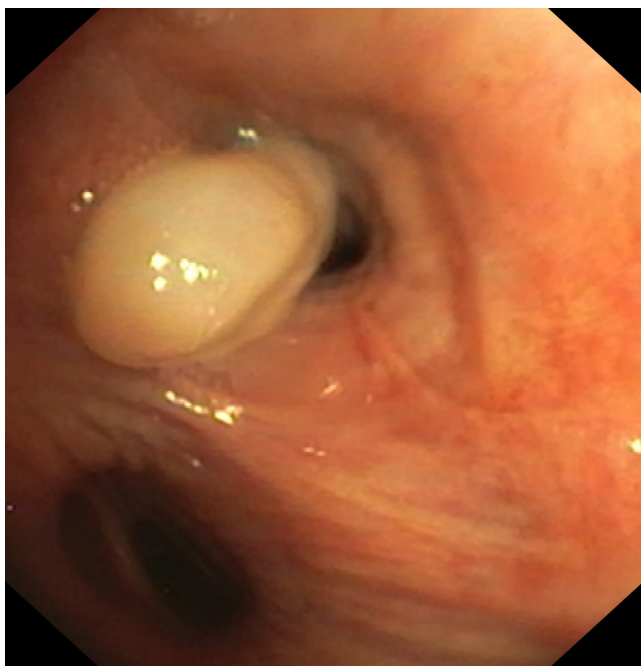
Francisca Guimarães, Maria Cunha, Joana Canadas, Raquel Armindo, Nelson Marçal, Paula Rosa

Hospital Vila Franca de Xira.

Introdução: A aspergilose semi-invasiva é uma doença com evolução subaguda (1-3 meses), caracterizada por destruição pulmonar progressiva em doentes sem cavitações pulmonares prévias e frequentemente associada a distúrbios alcoólicos.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso clínico de um doente do sexo masculino, 76 anos, autónomo, com história pessoal de fibrilhação auricular, dislipidemia, obesidade, ex-fumador (100 UMAs) e hábitos alcoólicos diários (60 g/dia). Apresentava dispneia (mMRC 3) com 3 meses de evolução, tendo realizado radiografia torácica que identificou uma massa pulmonar nos 2/3 superiores do hemitórax esquerdo e encaminhado à nossa consulta. Realizou broncofibroscopia que documentou obstrução quase completa do brônquio lobar superior esquerdo por massa branca nacarada, cujas biópsias revelaram uma amostra necrosada, hifas compatíveis com *Aspergillus* e ausência de neoplasia. No final do procedimento, por fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida, foi internado. Iniciou voriconazol e foi colhida expetoração diariamente para es-

tudo de resistências a antifúngicos. Durante o internamento verificou-se quadro de desorientação, agitação e alucinações visuais, pico febril único e agravamento respiratório com broncospasmo, sem agravamento dos parâmetros inflamatórios. Cumpriu antibioticoterapia por hipótese de sobreinfecção bacteriana, mas sem melhoria do quadro neurológico. Foi ajustada terapêutica de abstinência alcoólica e realizou doseamento de voriconazol sérico com nível supra-terapêutico. Suspendeu o voriconazol, mantendo doseamento semanal. Agravamento respiratório com broncospasmo resistente à corticoterapia sistêmica e insuficiência respiratória global. Foi admitido em UCI e acabou por falecer por complicações cardiovasculares.



Discussão: Este caso chama a atenção por ser um diagnóstico diferencial raro de massa pulmonar e pela sua complexidade. É um caso relevante pela gestão terapêutica difícil com toxicidade neurológica e necessidade de monitorização sérica.

Palavras-chave: *Aspergilose semi-invasiva. Voriconazol.*

PO066. HYPERVENTILATION SYNDROME FOLLOWING ASYMPTOMATIC COVID-19 INFECTION

Inês Farinha, Alexandra Cunha, Cidália Rodrigues, Filipa Costa

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introduction: Hyperventilation syndrome (HVS) is characterized by a variety of symptoms induced by inappropriate breathing pattern, specifically voluntary hyperventilation, in the absence of organic disease.

Case report: A 33-year-old woman, nurse, occasional smoker, with no history of comorbidities was evaluated in a Pulmonology appointment due to a history of dyspnea (mMRC 3), chest tightness, severe fatigue and episodes of anxiety, palpitations, lower limb paresthesia and blurred vision since the end of an asymptomatic COVID-19 self-isolation period in January 2021. On examination, the patient was tachypneic at rest. She scored 35/64 in the Nijmegen questionnaire, suggestive of HVS. The arterial blood gas test at rest revealed a respiratory alkalosis due to severe hypocapnia (pH 7.506, pCO₂ 23.6 mmHg). On the 6-minute walk test (6MWT), because of severe dyspnea, chest tightness and lower limb paresthesias, the test was ceased at 3min 27sec, after 168

meters, with no significant oxygen desaturation and normal cardiac response. A complete blood work showed normal results. Pulmonary function tests and a chest radiograph revealed no changes. A thoracic CT-scan angiography excluded the presence of a pulmonary thromboembolism and a ventilation/perfusion scan showed no signs of significant mismatch. A transthoracic echocardiogram was considered normal, as well as the myocardial perfusion scintigraphy and the cardiac MRI. A Cardiopulmonary exercise test revealed an exercise limitation, with an adequate gas exchange and cardiovascular response. A suspicion of post-COVID-19 HVS was raised. The patient was referenced to a pulmonary rehabilitation programme, with a satisfactory response on the last 6MWT performed - 462 meters of distance walked (77% predicted), with no significant oxygen desaturation and normal cardiac response. A re-evaluation arterial blood gas test performed at rest revealed a mild hypocapnia (pCO₂ 33,2 mmHg).

Discussion: As HVS is a rare disorder with an exclusion diagnosis, clinical awareness is required to identify this often-missed manifestation of the post-COVID-19 period.

Keywords: *COVID-19. Hyperventilation syndrome.*

PO067. LINFOMA E TUBERCULOSE PULMONAR - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Dalia Cora, Margarida Matias, Ana Luisa Ramos, Cristina Cristovão, Fernando Nogueira

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

Introdução: A tuberculose e o linfoma apresentam características clínicas e imagiológicas comuns, sendo o diagnóstico diferencial complexo e desafiante.

Caso clínico: Doente de sexo masculino, 36 anos, sem antecedentes pessoais relevantes. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de tosse produtiva, cansaço e perda ponderal com 5 meses de evolução. A ecografia de pescoço mostrava adenopatias supraclaviculares bilaterais. A TC de tórax apresentava adenopatias paramediastínicas e hilar volumosas, maior à esquerda, com envolvimento pulmonar e nódulo cavitado no LSD. Decidido internamento para estudo e seguimento. O TAAN na expectoração revelou vestígios de genoma de *Mycobacterium tuberculosis*. Os exames diretos e culturais seriados micobacteriológicos e bacteriológicos da expectoração e do lavado broncoalveolar foram negativos. A broncofibroscopia mostrou infiltração brônquica com redução do calibre do BLSE e sinais de compressão extrínseca da traqueia à nível distal e da carina. As biópsias brônquicas não mostraram neoplasia epitelial. A biópsia excisional ganglionar cervical direita foi compatível com linfoma Hodgkin (LH), escleronodular; os exames direto e cultural ganglionar bacteriológico e micobacteriológico foram negativos; a imunofenotipagem revelou aumento da razão CD4/CD8. Perante o diagnóstico de LH iniciou tratamento oncodirigido e por resposta insuficiente na primeira PET-TC, iniciou 2ª linha terapêutica. Dois meses depois, apresentou resposta paradoxal com novo foco à direita. A TC de tórax confirmou melhoria das adenopatias mediastínicas e da lesão parahilar esquerda, em contrapartida, apareceram novas lesões consolidativas bilaterais com micronódulos peribroncovasculares, sugestivo de processo infeccioso. Clinicamente, o doente referia sudorese e febre noturna. Repetiu TAAN micobacteriológico que foi positivo, o direto, negativo. Admitindo o diagnóstico de tuberculose provável associada, foi referenciado para CDP e nova broncofibroscopia.

Discussão: A manifestação concomitante de linfoma e tuberculose é rara. A imunossupressão derivada da neoplasia pode ocasionar fraca resposta imune celular, predispondo a infeção por tuberculose. O diagnóstico atempado das duas entidades é fundamental, sendo modificador de prognóstico.

Palavras-chave: *Linfoma Hodgkin. Tuberculose pulmonar.*

PO068. TUBERCULOSE INTESTINAL. A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Marina G. Alves¹, Inês Barreto², Diogo Batista², Joana Carvalho⁴, Susana Carreira⁴, Luis Coelho^{4,5}, Helena Pires³

¹Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. ²Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Lisboa Norte. ³Serviço de Infeciologia do Hospital Garcia de Orta. ⁴Centro de Diagnóstico Pneumológico Dr. Ribeiro Sanches. ⁵Faculdade de Ciências Médicas/NOVA Medical School, Universidade Nova de Lisboa.

Introdução: As manifestações extra-pulmonares correspondem a 12% dos casos de tuberculose (50% em doentes imunodeprimidos), 11-16% desses correspondendo a casos de tuberculose (TB) gastrointestinal (1-3% de todos os casos de TB). A infeção do trato GI por micobactérias pode ocorrer por ingestão de expectoração, disseminação hematogénea, disseminação linfática ou extensão direta a partir de local contíguo. A tuberculose intestinal pode-se manifestar de várias formas, sendo a ulcerativa a mais comum (60%).

Caso clínico: Mulher, 63 anos, com artrite reumatóide sob metotrexato e adalimumab desde 2009 e História de tuberculose na infância, tratada. Antes de iniciar terapêutica com biotecnológico realizou rastreio de tuberculose, tendo cumprido 10 meses de Isoniazida por tuberculose latente (IGRA e TST positivos). Manteve vigilância anual, sem indícios de recidiva ou contactos conhecidos com casos de TB ativa. Em 03/2022 realizou colonoscopia de rastreio, com válvula ileo-cecal ulcerada e lesão extensa no folheto proximal, com mucosa eritematosa e friável sugestiva de atipia, que foi biopsada, demonstrando granulomas epitelioides não necrosantes. Pesquisa de fungos e BAAR foi negativa. Foram colocadas as hipóteses de doença de Crohn (DC), tuberculose ou eventual neoplasia. Dado hipótese de DC, iniciou tratamento com 5-ASA. Repetiu colonoscopia, com os mesmos achados histológicos, pesquisa de BAAR e TAAAN para *Mycobacterium tuberculosis* complex (MTC) negativos mas isolamento cultural de MTC. TC-TAP evidenciando espessamento da parede do cego e válvula ileo-cecal, com densificação da gordura envolvente. Iniciou, em 09/2022, isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol, que mantém até à data, sem intercorrências, permanecendo assintomática.

Discussão: O MTC pode afetar qualquer órgão, tornando as manifestações clínicas muito heterogêneas e podendo inclusive evoluir de forma assintomática. As apresentações extrapulmonares são difíceis de diagnosticar, pois podem mimetizar muitas outras doenças infecciosas e não infecciosas (neste caso, por exemplo, DC) devendo, no entanto, ser sempre uma hipótese a pensar principalmente em doente imunodeprimido.

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

PO069. SERÁ BCGITE?

Nuno de Barros Ferreira, Hélder Castro, Verónica Cardoso

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa.

Introdução: Introdução: A BCG (uma cepa atenuada de *Mycobacterium bovis*), primariamente produzida como vacina contra a tuberculose, é amplamente usada como imunoterapia no tratamento intravesical de carcinomas superficiais da bexiga. O tratamento com BCG é bem tolerado na maioria dos doentes. Os efeitos colaterais mais comuns são locais (inflamação, febre e adenopatia pélvica). No entanto, há relatos de complicações sistémicas.

Caso clínico: Homem de 68 anos, ex-fumador, diagnosticado com carcinoma de células de transição da bexiga em abril de 2018. Foi submetido a ressecção transuretral seguida de instilação vesical única com BCG. Logo após o tratamento com BCG, apresenta febre, astenia e anorexia, sem sintomatologia respiratória. Fez TC toraco-

-abdomino-pélvico que mostrou um padrão micronodular pulmonar, sem outras alterações de relevo a nível abdominal. A broncofibroscopia não mostrou alterações endobrônquicas e o LBA evidenciou 61,6% linfócitos (CD4/CD8 7,19), citologia negativa para células malignas, micobacteriológico e pesquisa de DNA de *M. tuberculosis* complex negativos. Assumida sarcoidose pulmonar como diagnóstico mais provável. Resolução da sintomatologia após 2 semanas, sem tratamento dirigido. TC de tórax de reavaliação em Dez.2019 a evidenciar resolução do padrão micronodular. No início de 2020, inicia quadro constitucional (mal estar geral, anorexia e perda ponderal de cerca de 10 Kg) e dor lombar. TC toraco-abdomino-pélvico sem alterações de relevo, contudo PET a evidenciar conglomerado adenopático abdominal com avidéz intensa para FDG. Foi submetido a biópsia cujo estudo anatomo-patológico revelou processo granulomatoso Ziehl-Neelsen positivo e exame micobacteriológico com isolamento de estirpe de BCG. Iniciou tratamento antibacilar com melhoria clínica e imagiológica.

Discussão: A disseminação sistémica do *M. bovis* (BCGite) é uma complicação grave, embora rara, da terapia com BCG. Tal como outras infeções micobacteriológicas, pode desenvolver-se meses a anos após a infeção inicial, pelo que um elevado índice de suspeição é importante no seu diagnóstico.

Palavras-chave: BCG. BCGite. Micronódulos pulmonares. *Micobactéria*.

PO070. LESÕES ENDOBRÔNQUICAS NEGRAS - SERÁ MELANOMA?

Raquel Paulinetti Camara^{1,2}, Kelly Lopes^{1,2}, Miguel Barbosa^{1,2}, Paulo Mota^{1,3}, Carla Simão^{1,3}, Telma Sequeira^{1,3}, Ambrus Szantho^{1,3}, Jorge Dionísio^{1,3}, Teresa Almodovar¹

¹Departamento de Pneumologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil. ²Departamento de Pneumologia, Hospital Nossa Senhora do Rosário - Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, Barreiro. ³Departamento de Broncologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa.

Introdução: O melanoma maligno raramente metastatiza endobrônquicamente. Quando tal acontece, as lesões podem apresentar-se incomum ou, mais distintivamente, como lesões com pigmentação negra. Os autores apresentam um caso de lesões endobrônquicas com pigmentação negra sugestivas de melanoma.

Caso clínico: Homem de 77 anos, não fumador, exposição a lareira, antecedentes de depressão, S. pernas inquietas e úlcera gástrica, antecedentes familiares - irmão faleceu com cancro do reto e linfoma. Por tosse crónica com expectoração acastanhada realizou TC toraco-abdomino-pélvica (12/04/2022) que revelou espessamento parietal do brônquio principal direito com redução de calibre, nódulo lobo superior esquerdo (4 mm) e adenopatias pré-vascular aórtica e hilo direito. A PET-TC (05/05/2022) mostrava com captação em múltiplas adenopatias mediastínicas e no lobo inferior direito (SUVmáx 4,6). TC-CE (12/05/2022) sem alterações malignas. Broncofibroscopia (13/05/2022) revelou infiltração negra da mucosa do brônquio intermediário muito sugestiva de melanoma e obstrução quase total do brônquio lobar médio. Foi realizada biópsia da lesão e punção ecoguiada do G11L e G4R. O ROSE mostrou antracose e células suspeitas de neoplasia com pigmentação escura, o que favoreceu o diagnóstico presuntivo de melanoma. Posteriormente, a anatomia patológica foi negativa para neoplasia, mas revelou abundante necrose e depósitos de pigmento antracótico, exsudado inflamatório misto e esboço de granulomas. As secreções brônquicas foram positivas para BK e o doente foi então encaminhado para o CDP da sua área de residência onde realizou tratamento anti-bacilar.

Discussão: As características macroscópicas das lesões endobrônquicas muitas vezes sugerem uma determinada etiologia e o apoio do ROSE é sem dúvida uma arma auxiliar diagnóstica importante.

Em raros casos, a sugestão de um diagnóstico na sala de broncologia é revogada citológica ou histologicamente. Este caso mostra mais uma vez que a tuberculose é “a grande imitadora” e que o seu diagnóstico não deve ser posto de parte mesmo quando a suspeita de patologia neoplásica é elevada.

Palavras-chave: Melanoma. Lesões endobrônquicas. Tuberculose.

PO071. NÓDULO PULMONAR DE EVOLUÇÃO ATÍPICA

Catarina Figueiredo Roquete, Rudi Fernandes, Carolina Castro de Sousa, Fernando Rodrigues

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

Introdução: Dada a alta prevalência de neoplasia pulmonar e a grande variabilidade da apresentação clínica das micobacterioses, perante nódulos pulmonares e adenopatias mediastínicas, na ausência de diagnóstico cito-histológico ou microbiológico, a abordagem do doente poderá constituir um desafio clínico.

Caso clínico: Homem, 68 anos, ex-fumador (120 UMA) com o diagnóstico de adenocarcinoma da próstata em 2021, HIV negativo. Seguido em consulta de Pneumologia por DPOC Gold 4-E e nódulo pulmonar no lobo superior esquerdo (LSE) de 6mm em vigilância desde 2017. Estável até 2021, quando apresenta agravamento clínico importante nomeadamente da dispneia (mMRC 1 > 4) e astenia com repercussão na autonomia. Função respiratória sobreponível. Reavaliação imagiológica (Set/2021), excluiu tromboembolismo pulmonar, objetivando crescimento de nódulo para 20 mm, com contornos irregulares, cavitação central e múltiplos nódulos pulmonares de novo nos lobos superiores. Realizou TC abdomino-pélvica e crânio-encefálica sem sinais de progressão/metastização de adenocarcinoma da próstata e PET-TC com hiper captação de vários nódulos pulmonares LSE, LIE, LSD e múltiplas adenopatias mediastino-hilares com SUV 3-5. Discussão em reunião multidisciplinar (RMD), nódulo pulmonar tecnicamente não abordável por BATT, tendo sido decidido abordagem das adenopatias mediastínicas por EBUS, cujo resultado citológico foi negativo. Rediscussão em RMD, decidida vigilância imagiológica, apresentando estabilidade em 12 meses. Realizou reavaliação por broncofibroscopia (Out/2022), sem alterações endoscópicas, com isolamento de *Mycobacterium genavense* em cultura de meio líquido do lavado broncoalveolar (LBA). Perante clínica compatível, padrão imagiológico nodular e identificação microbiológica em LBA admitiu-se o diagnóstico de infeção a micobactéria atípica, com referenciação para o CDP para início de terapêutica.

Discussão: Este caso demonstra o impacto do caráter mimetizador de doença neoplásica das infeções por micobactérias representando um desafio diagnóstico, com consumo elevado de recursos médicos e exames complementares, com atraso do diagnóstico definitivo. A manutenção da suspeita clínica é essencial para correto diagnóstico e tratamento do doente.

Palavras-chave: Nódulos pulmonares. Micobactérias atípicas. *Mycobacterium genavense*.

PO072. DOENÇA DE POTT: INVESTIGAÇÃO DE UMA MASSA PARAVERTEBRAL

Joana Canadas, Francisca Guimarães, Maria da Cunha, Joana Carvalho, Catarina Pissarra, Paula Rosa

Hospital Vila Franca de Xira.

Introdução: A tuberculose vertebral representa 10-35% dos casos de tuberculose extra-pulmonar. A forma mais comum é a doença de Pott ou espondilodiscite tuberculosa, que tipicamente envolve a região torácica e lombar, sendo a dor local o sintoma mais comum. O seu diagnóstico é frequentemente tardio pela evolução subaguda da doença, especialmente em regiões de baixa incidência de tuberculose e doentes sem fatores de risco.

Caso clínico: Mulher, 63 anos, caucasiana, autônoma, não fumadora, portuguesa, bancária reformada. Negava viagens prolongadas a países de elevada incidência de tuberculose, história pessoal ou de contactos próximos conhecidos de tuberculose. Leucemia linfocítica crónica em vigilância há 6 anos. Para estudo complementar de quadro de dorsolombalgia com 2 meses de evolução em agravamento progressivo, realizou RMN da coluna dorso-lombar, que revelou massa paravertebral ao nível dos corpos vertebrais D8-D9 com infiltração do compartimento epidural e estenose segmentar do canal medular, suspeita de metastização. Submetida a biópsia aspirativa transtorácica guiada por TC, sem evidência de neoplasia. Por persistência das queixas após 4 meses desde o início dos sintomas, realizou biópsia cirúrgica por toracoscopia, igualmente sem evidência de neoplasia e sem isolamentos microbiológicos. Repetiu RMN, apresentando aspetos compatíveis com espondilodiscite a nível de D8-D9, com extenso fleimão peri-vertebral com extensão ao espaço epidural e compressão medular. Serologia VIH e IGRA negativos. Foi submetida a cirurgia de descompressão medular, com isolamento de *S. aureus* resistente à meticilina e *M. tuberculosis* complex. TC Torácica sem evidência de envolvimento pleuroparenquimatoso ou ganglionar mediastínico. Iniciou tratamento de tuberculose vertebral 5 meses após o início da sintomatologia.

Discussão: A tuberculose é conhecida como “a grande imitadora”, devendo ser considerada no diagnóstico diferencial principalmente quando existem fatores de risco. Este caso mostra-nos que mesmo não havendo fatores de risco e com marcadores de imunidade adaptativa negativos, a investigação exaustiva para obter um diagnóstico é crucial.

Palavras-chave: Pott. Vertebral. Metastização.

PO073. PNEUMONIA MULTIFACTORIAL - BUSCA CONSTANTE

Bruno Freitas, Pedro Frazão, João Fustiga, Ana Lynce, Inês Araújo, Candida Fonseca

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

Introdução: A pneumonia é a infecção do pulmão que pode condicionar insuficiência respiratória. O agente etiológico pode ser bacteriano, fúngico, viral ou parasitológico, sendo que cada agente corresponde uma terapêutica diferente é de extrema relevância a sua identificação sempre que possível.

Caso clínico: Mulher de 47 anos, com antecedentes de depressão, infecção COVID-19 há 6 meses, asma e meningioma frontotemporal esquerdo para a qual fez imunossupressão com corticóides já tendo suspenso há 2 meses. Recorreu ao Serviço de Urgência por cansaço com incapacidade para a marcha e sonolência. À admissão destacava-se apenas insuficiência respiratória parcial, sem outras alterações no exame objetivo. Analiticamente sem leucocitose mas proteína-C reativa elevada, sem alteração dos marcadores renais e hepáticos. Por não se determinar origem da insuficiência respiratória, a doente realizou angioTC torácica que revelou tromboembolismo pulmonar da artéria pulmonar esquerda, ramos segmentares e subsegmentares da pirâmide basal assim como áreas de densificação intersticial do parênquima pulmonar bilateralmente com áreas em vidro despolido dispersas. Como o evento trombótico não justificava os achados imagiológicos foi realizada pesquisa de vírus respiratórios alargada com positividade para rinovírus/enterovírus. No Serviço de Urgência apresentou febre *de novo* e franco agravamento da insuficiência respiratória a condicionar exaustão respiratória com necessidade de ventilação mecânica invasiva. Na UCI por agravamento do quadro, foi efetuado lavado broncoalveolar com isolamento de *Pneumocystis jirovecii* (PCR) e citalomegalovírus (carga viral elevada). Assim, a doente iniciou terapêutica dirigida com trimetropim-sulfametoxaxol e ganciclovir com evolução favorável, sendo extubada ao 4º dia e transferida para a enfermaria ao 8º dia de internamento.

Discussão: Quando os achados imagiológicos e a clínica não correspondem é importante continuar a marcha diagnóstica ainda que haja isolamento de agentes. Como se observou neste caso, só a procura continua possibilitou o adequado tratamento da doente. O autor apresenta este caso para destacar a importância da tenacidade na abordagem dos doentes.

Palavras-chave: CMV. Pneumonia.

PO074. CAVITAÇÃO PULMONAR COMO COMPLICAÇÃO PÓS COVID-19: A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

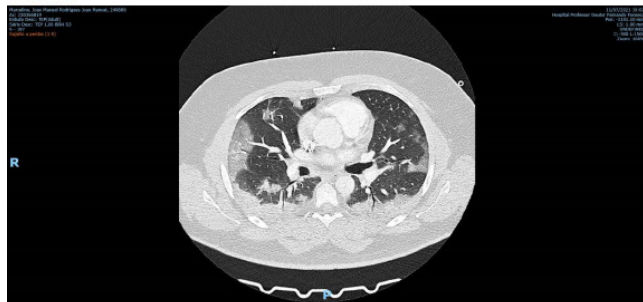
Rúdi Fernandes, Manuel Osório, Miguel Silveira, Fernando Rodrigues

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.

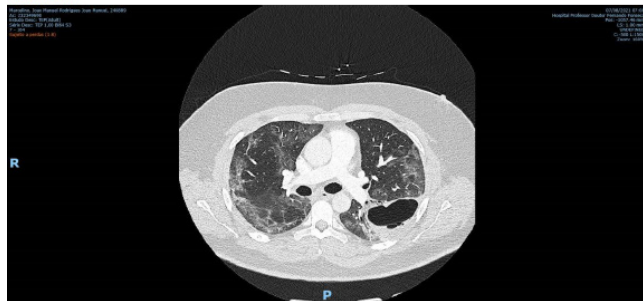
Introdução: O espectro clínico da doença secundária à infeção por SARS-CoV-2 ainda se mantém, em certa medida, desconhecido.

Caso 1:

TC 07/21:

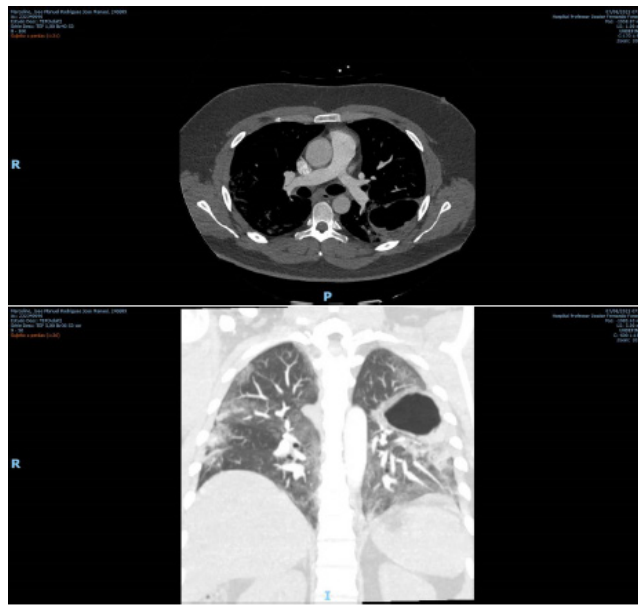


TC 08/21:

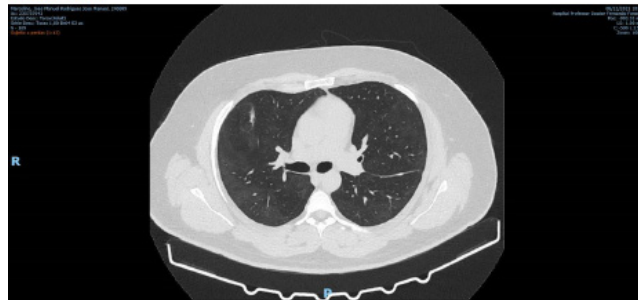


Caso clínico: Caso 1: homem de 36 anos, com internamento recente por COVID-19 grave, com necessidade de ventilação não invasiva (VNI), corticoterapia sistémica e antibioterapia empírica por presunção de sobreinfeção bacteriana. Recorreu ao serviço de urgência 7 dias após a alta por toracalgia pleurítica esquerda. Realizou angio-TC torácica, que revelou coleção líquida de novo (80 × 45 mm) com nível hidroaéreo no lobo inferior esquerdo, assim como alterações compatíveis com COVID-19 em fase tardia, sem TEP. Na TC torácica de reavaliação após 7 dias, documentou-se nova lesão cavitada (40 × 37 mm) no lobo superior direito. Por suspeita de abscesso pulmonar decorrente de pneumonia necrotizante iniciou antibioterapia empírica, que foi suspensa ao final de 10 dias por ausência de dados que suportassem etiologia infecciosa. Após alta, a reavaliação imagiológica periódica demonstrou redução progressiva das lesões até resolução completa, sem terapêutica específica. Caso 2: homem de 41 anos, com internamento recente por COVID-19 grave, com necessidade de VNI e corticoterapia sistémica. Reinternado 4 dias após a alta por pneumotórax espontâneo à direita com necessidade de colocação de drenagem torácica. Realizou angio-TC torácica que revelou cavitação (55 × 43 mm) de novo no lobo inferior direito e alterações sequelares associadas à pneumonia COVID-19, sem TEP. Não realizou qualquer antibioterapia. Após alta, a reavaliação

imagiológica periódica demonstrou preenchimento da cavidade previamente visualizada com líquido pericissural. Em ambos os casos, apesar da ausência de parâmetros inflamatórios, foi realizada investigação complementar com estudos culturais (incluindo exames invasivos), rastreio de aspergilose e estudo autoimune, que se revelaram negativos.



TC 12/2021:



Caso 2:

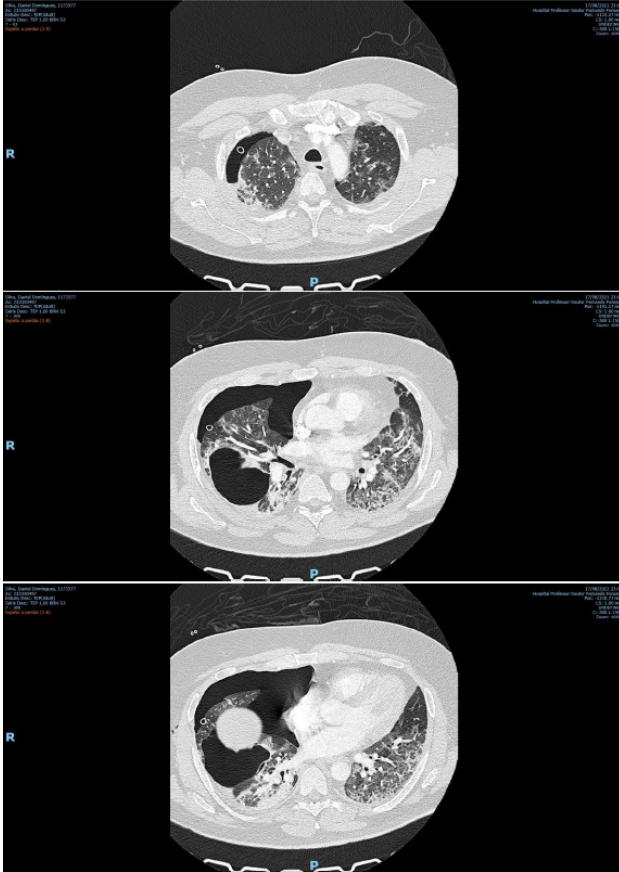
RX 26/07/2021:



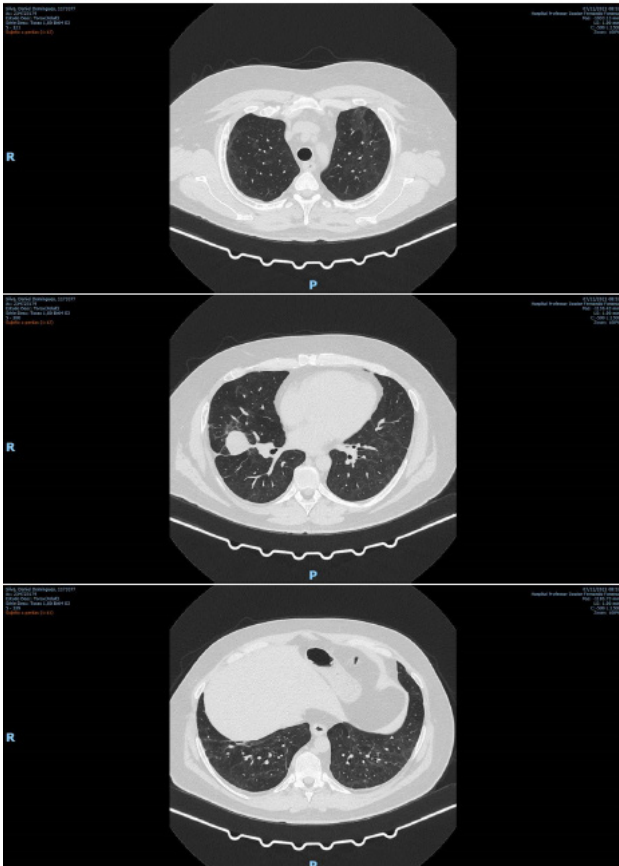
RX 17/08/2021:



TC 17/08/2021:



TC TÓRAX 12/2021:



Discussão: A desregulação da resposta imune após a fase hiperinflamatória aguda tem sido um dos mecanismos implicados nas complicações pós-COVID-19. A evolução da COVID-19 para cavitação pulmonar, não explicada por outras etiologias, constitui um achado raro com poucos casos descritos na literatura.

Palavras-chave: COVID19. Cavilações pulmonares.

PO075. EMPIEMA PLEURAL POR SALMONELLA - UMA INFECÇÃO RARA

S.P. Ferreira, C. Giesta, M. d'Almeida, M.P. Valério, J.C. Duarte, C. Lousada

Centro Hospitalar do Médio Tejo.

Introdução: As infeções pleuropulmonares por *Salmonella* spp., incluindo o empiema, são raras, ocorrendo em menos de 1% dos doentes. Os fatores predisponentes para seu desenvolvimento incluem idade avançada, presença de diabetes mellitus, doença oncológica, sobrecarga de ferro, insuficiência renal crónica, ou outra patologia pulmonar concomitante.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, de 87 anos de idade, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de mialgias, cansaço fácil e prostração, desde há um dia. Como antecedentes pessoais, destacam-se fibrilhação auricular e doença renal crónica, sob hemodiálise há 9 anos, submetida a laqueação de fístula arteriovenosa no membro superior direito há 7 dias, por síndrome de hipertensão venosa. À admissão no SU, apresentava alterações clínicas, analíticas e imagiológicas compatíveis com o diagnóstico de pneumonia direita. Após rastreio séptico, iniciou antibioterapia empírica com levofloxacina. Por agravamento clínico, ao 6º dia de antibioterapia, realizou tomografia computadorizada (TC) de tórax, que evidenciou volumoso derrame pleural septado à direita. Sem isolamento microbiológico até à data. Foi escalada antibioterapia para piperacilina/tazobactam e efetuada toracocentese evacuadora e diagnóstica, com critérios de empiema, sendo colocado um dreno torácico. O estudo microbiológico do líquido pleural foi positivo para *Salmonella* spp, com teste de sensibilidade aos antibióticos sensível à piperacilina/tazobactam. Cumpriu 6 semanas de antibioterapia dirigida, apresentando uma evolução clínica, analítica e imagiológica favoráveis.

Discussão: Os autores pretendem alertar para uma condição complicada e extremamente rara, com poucos casos descritos na literatura, tendo sido publicados, até à data, menos de 40 casos em diferentes regiões do mundo. Não obstante, o empiema por *Salmonella* deve ser um diagnóstico considerado, sobretudo em doentes imunocomprometidos. Embora esteja associado a uma alta taxa de mortalidade, o diagnóstico atempado e a antibioterapia adequada, mesmo em doentes idosos e com comorbilidades importantes, podem culminar num desfecho positivo, como ocorreu no caso exposto.

Palavras-chave: Derrame pleural. Empiema. *Salmonella*.

PO076. MENINGOENCEFALITE TUBERCULOSA, UM DIAGNÓSTICO A NÃO ESQUECER

Inês Barreto¹, Diogo Batista¹, Marina G. Alves², Helena Pires³, Joana Carvalho⁴, Susana Carreira⁴, Luís Coelho^{4,5}

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

²Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

³Serviço de Infecçiology, Hospital Garcia de Orta.

⁴Centro de Diagnóstico Pneumológico Dr. Ribeiro Sanches.

⁵Faculdade de Ciências Médicas/NOVA Medical School, Universidade Nova de Lisboa.

Introdução: Estima-se que atualmente um terço da população mundial tenha infeção por *Mycobacterium tuberculosis*, sendo que 10% desenvolve doença, com uma mortalidade anual de 1,4 milhões. A

tuberculose envolve o sistema nervoso central (SNC) em ~1-5% dos casos.

Caso clínico: Mulher, 28 anos, natural do Nepal, residente em Portugal desde 2021. Internamento hospitalar prolongado (12/08-22/09/2021) por quadro com um mês de evolução de cefaleia occipital, fotofobia e vômitos, posteriormente acompanhado de febre e alteração do estado de consciência. TC-CE com processo inflamatório meníngeo. Isolamento de *Mycobacterium tuberculosis* complex no líquido cefalorraquidiano (LCR), concluindo-se diagnóstico de meningoencefalite tuberculosa. A TC toraco-abdomino-pélvica não evidenciava doença noutra localização. Iniciou dexametasona 0,4 mg/kg/dia e antibacilares - isoniazida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z) e etambutol (E) a 13/08/2021. Por TSA como monorresistência a H, alterado esquema para RZE e levofloxacina a 14/09/2021. Teve alta clinicamente melhorada, com desmame progressivo de corticoterapia; suspendeu Z a 19/11/2021 por hepatotoxicidade. Teve novo internamento (17/12/2021-20/01/2022) por agravamento clínico com paraparesia arreflexica subaguda, compatível com leptomeningite intracraniana e raquidiana com radiculite tuberculosa. RMN-CE: persistência de processo leptomeníngeo de provável natureza infecciosa. Evoluiu favoravelmente sob programa de reabilitação motora e reintrodução de corticoterapia, tendo tido alta clinicamente melhorada. Cumpru terapêutica antibacilar durante 12 meses, com recuperação dos défices neurológicos. TC-CE de reavaliação sem alterações intraparenquimatosas.

Discussão: A tuberculose do SNC constitui a forma mais grave de tuberculose extrapulmonar, com elevada morbidade e mortalidade. A carga bacteriana no LCR é, geralmente, baixa, sendo o exame cultural do LCR frequentemente negativo. As manifestações clínicas são semelhantes a outras formas de meningite, impondo um particular desafio pela dificuldade no diagnóstico precoce e gravidade das sequelas associadas a um diagnóstico tardio. Embora o papel da corticoterapia seja controverso, esta tem sido usada como terapêutica adjuvante aos antibacilares, tendo demonstrado, nalgumas séries, redução da mortalidade.

Palavras-chave: Tuberculose. *Mycobacterium tuberculosis* complex. Meningoencefalite tuberculosa. Tuberculose do SNC.

PO077. HEMOPTISES. NEM TUDO É CANCRO DO PULMÃO

Manuel d'Almeida, Catarina Giesta, Sara Ferreira, Teresa Câmara, Carlos Lousada

Centro Hospitalar do Médio Tejo.

Introdução: *Actinomyces spp.* são bacilos filamentosos Gram positivos, predominantemente anaeróbios. Constituem uma causa incomum de doença bacteriana invasiva. A actinomicose pulmonar é sugerida pela existência de hemoptises e/ou pneumonia persistente, mimetizando frequentemente a neoplasia maligna do pulmão.

Caso clínico: Apresento o caso de um doente do sexo masculino, com 79 anos de idade, não fumador, ex-leitor de contadores. Tem antecedentes pessoais de asma, dislipidemia e história de intolerância ao ovo. A sua medicação habitual era triflusal e trimetazidina. Recorreu ao serviço de urgência por hemoptises, tosse produtiva com expectoração purulenta e hematemeses com 4 dias de evolução. Negou existência de sintomas constitucionais. O exame objetivo não apresentou alterações de relevo, assim como a avaliação laboratorial. Realizou angio-TC tórax que identificou foco consolidativo no lobo inferior direito com maiores eixos de 4,1 e 1,9 cm, calcificações e área central hipocaptante sugestiva de necrose. Realizou endoscopia digestiva alta e biópsias, com diagnóstico de gastrite crónica e identificação de *H. pylori*. Foi decidido internamento para investigação etiológica. Realizou broncofibroscopia flexível com sinais de hemorragia não recente. A citologia do aspirado brônquico foi negativa para células neoplásicas. A TC tórax de reavaliação não apresentou variação significativa da lesão descrita.

A PET-TC não foi sugestiva de malignidade. Completou esquema de antibioterapia de 4 semanas de amoxicilina/ácido clavulânico e 1 semana de claritromicina, com melhoria clínica. O doente foi transferido para a Cirurgia Torácica para a realização de ressecção em cunha da lesão por toracoscopia vídeo-assistida. O diagnóstico anátomo-patológico foi bronquiectasia inflamatória com infeção por *Actinomyces spp.*

Discussão: A existência de hemoptises e identificação de uma lesão pulmonar de novo compele ao diagnóstico diferencial com neoplasia maligna do pulmão e a sua exclusão. O caso apresentado é ilustrativo da apresentação aguda da actinomicose pulmonar e enaltece a valia da discussão multidisciplinar na abordagem diagnóstica do doente com hemoptises.

Palavras-chave: Actinomicose pulmonar. Hemoptise.

PO078. SARS-COV-2 PERSISTENTE EM DOENTE COM IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA DE INÍCIO TARDIO SECUNDÁRIA AO RITUXIMAB

Maria João Moura, Daniel Reis, Beatriz Ferreira, Rita Sárria, Sofia Jordão, Nídia Pereira

Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 72 anos, com antecedentes de tricoleucemia tratada com cladribina e rituximab há 12 anos, internado por um quadro de astenia, perda ponderal significativa e febre com 45 dias de evolução. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios e leucopenia com linfopenia (200 cel/uL). Imagiologicamente em tomografia computadorizada torácica apresentava opacidades pulmonares em vidro despolido bilaterais. Sem identificação de agente microbiológico no rastreio séptico inicial. No estudo complementar identificou-se hipoglobulinemia, depleção completa de linfócitos B CD19+, diminuição de linfócito T CD4+ (94 cels/mm³) e células NK. Após exclusão de outras causas de imunossupressão, conclui-se tratar-se de imunodeficiência secundária ao rituximab. Por ausência de melhoria clínica e imagiológica sob antibioterapia realizou-se broncofibroscopia com lavado broncoalveolar, no qual a pesquisa de SARS-CoV-2 por PCR foi positiva. Realizada também biópsia pulmonar transtorácica, cuja histologia foi compatível com pneumonia organizativa. Cumpru 3 dias de remdisivir com resolução completa da febre e teve alta medicado com cotrimoxazol profilático. Aos 4 meses após a alta, o doente apresentou-se assintomático, com recuperação total da perda ponderal, normalização das imunoglobulinas e resolução quase completa dos infiltrados pulmonares em vidro despolido.

Discussão: Pretende-se ilustrar com este caso o potencial efeito imunossupressor tardio do rituximab e o risco de infeção persistente de SARS-CoV-2 nestes doentes, bem como a eficácia do remdisivir mesmo em quadros com sintomatologia prolongada.

Palavras-chave: SARS-CoV-2 persistente. Rituximab. Imunodeficiência adquirida.

PO079. SÍNDROME INFLAMATÓRIA DE RECONSTITUIÇÃO IMUNE HEPÁTICA ASSOCIADA À TUBERCULOSE - CASO ILUSTRATIVO DA GESTÃO EM AMBULATÓRIO

Helena Pires¹, Marina Alves², Inês Barreto³, Diogo Batista³, Joana Carvalho⁴, Susana Carreira⁴, Luís Coelho^{4,5}

¹Infecciologia, Hospital Garcia de Orta. ²Pneumologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. ³Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte. ⁴Centro de Diagnóstico Pneumológico Dr. Ribeiro Sanches. ⁵Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.

Introdução: A síndrome inflamatória de reconstituição imune (SIRI) associada a Tuberculose (TB) em doentes coinfectados com VIH-1 tem

uma incidência de ~18% e uma mortalidade de 2%. O diagnóstico é difícil, sem testes laboratoriais confirmatórios. É mais frequente em doentes com CD4 < 100 células/uL, carga viral (CV) VIH elevada, TB disseminada ou extrapulmonar e início de terapêutica antirretroviral (TARV) nos primeiros 2 meses após início de antibióticos.

Caso clínico: Homem, 35 anos, natural da Guiné-Bissau. Internado entre abril-maio/2020 com os diagnósticos de infeção por VIH-1 CDC C2 (CD4⁺ 217 células/ μ L, CV VIH-1 864 cópias/mL) e TB ganglionar extratorácica extensa (TAC-TAP - adenomegalias axilares bilaterais, retroperitoneais direitas, tronco celiaco, hilo hepático, perigástricas, mesentéricas, lombo aórticas, ilíacas e inguinais bilaterais) confirmada por isolamento de *M. tuberculosis complex* (MTC) em biópsia ganglionar axilar (pesquisa PCR MTC positiva, sem mutações de resistência a isoniazida/rifampicina e isolamento cultural de MTC sensível a antibióticos de primeira linha). Iniciou isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol com tolerância, sendo possível alta para seguimento em ambulatório. Por apresentar CD4⁺ > 50 células/ μ L, iniciou TARV após 7 semanas do início de antibióticos (tenofovir/emtricitabina + raltegravir). 2 Semanas após início de TARV registou aumento de aminotransferases (AST 777 UI/L e ALT 367 UI/L), foi assumido o diagnóstico de SIRI hepática paradoxal e iniciou prednisolona com boa resposta, sem interrupção de antibióticos. Cumprindo 13 meses de antibióticos dada a resposta lenta ao tratamento, com boa tolerância e melhoria clínica global.

Discussão: A SIRI hepática associada a TB é um diagnóstico difícil de diferenciar de hepatite induzida por antibióticos. Dado *timing* de elevação de transaminases em relação ao início de TARV foi possível o diagnóstico de SIRI hepática e o início de prednisolona, não sendo necessária a suspensão de antibióticos. Este caso ilustra a necessidade de ponderar a SIRI associada a TB em doentes coinfectados com VIH.

Palavras-chave: Tuberculose. SIRI hepática. VIH.

PO080. QUANDO A TOSSE ALERTA PARA O DIAGNÓSTICO

Filipa Canedo, Mário Pinto, Inês Duarte, Catarina Antunes, Luisa Semedo, António Gomes Miguel

Hospital Santa Marta, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central.

Introdução: A tosse constitui um reflexo protetor da via aérea. A sua persistência é patológica e incapacitante, afetando aproximadamente até 10% dos adultos. O diagnóstico diferencial é amplo, pelo que a abordagem inicial destes doentes implica a exclusão de neoplasias, infeções, inalação de corpos estranhos ou iatrogenia medicamentosa.

Caso clínico: Mulher, 70 anos, não fumadora, com antecedentes de diabetes mellitus tipo II. Encaminhada a consulta de Pneumologia para investigação de tosse seca com seis meses de evolução, sem outros sintomas concomitantes. Realizou radiografia de tórax que demonstrou hipotransparência de contornos mal definidos no lobo superior esquerdo. Não apresentava elevação de parâmetros inflamatórios no estudo analítico. A tomografia computadorizada (TC) de tórax evidenciou condensação parenquimatosa com múltiplas bronquiectasias e discreta atelectasia no segmento apicoposterior do lobo superior esquerdo, e adenopatia de 11 mm na janela aortopulmonar. Foi efetuada videobroncoscopia, verificando-se a presença de edema da mucosa desde o terço superior da traqueia, com extensão à árvore brônquica; aspeto infiltrativo com áreas de granulação no terço distal da traqueia e árvore esquerda; lesão endobrônquica hipervascularizada na emergência do brônquio lobar superior esquerdo; alargamento da carina e do esporão de divisão entre brônquios lobar superior esquerdo e lobar inferior esquerdo. Foram realizadas biópsias brônquicas, cuja histologia revelou pro-

cesso inflamatório granulomatoso necrotizante, compatível com tuberculose. Do exame microbiológico do lavado broncoalveolar, salienta-se positividade na pesquisa de bacilos álcool ácido resistentes e exame cultural de micobactérias. Foi iniciada terapêutica antibiótica de acordo com antibiograma, para tratamento de tuberculose pulmonar e endobrônquica.

Discussão: Reportamos um caso de tuberculose pulmonar e endobrônquica na origem de tosse crónica. A tuberculose endobrônquica afeta predominantemente os brônquios principais e superiores e pode desenvolver-se por extensão direta a partir de uma lesão parenquimatosa ou por disseminação pela expetoração. O diagnóstico e tratamento precoces são fundamentais para a prevenção de complicações.

Palavras-chave: Tosse. Tuberculose.

PO081. TUBERCULOSE OU TOXICIDADE PULMONAR À AMIODARONA?. UM CASO CLÍNICO INVULGAR

Miguel Pereira¹, Diogo Abreu¹, Helena Alves¹, Laura Silva¹, Salomé Camarinha¹, Inês Milhazes², Ana Paula Sardo¹, Daniel Melo¹, Fernando Mautempo¹

¹Serviço de Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional, Centro Hospitalar Baixo Vouga. ²USF Flor de Sal, ACeS Baixo Vouga.

Introdução: Os achados imagiológicos da Tuberculose Pulmonar são variados, sendo as cavitações pulmonares (mais prevalentes nos lobos superiores) as alterações mais classicamente associadas. Em oposição, o uso crónico do antiarrítmico Amiodarona provoca lesões pulmonares com outro aspeto: padrão de “vidro despolido” e infiltrado reticular bibasal.

Caso clínico: 85 anos, sexo masculino, não fumador, reformado da Construção Civil, com insuficiência cardíaca com FE ligeiramente reduzida e disritmia grosseira ventricular e supraventricular, medicado com LABA e corticóide inalados, ARA, iSGLT-2, tiazida, beta-bloqueador e amiodarona 200 mg. Sintomatologia: dispneia com esforços moderados (mMRC = 2) e expetoração crónica. Auscultação pulmonar: crepitações inspiratórias bibasais. Exames complementares: provas funcionais respiratórias: DLCO diminuída (45%); broncofibroscopia: sem alterações; aspirado brônquico: “predomínio de linfócitos”; anatomia patológica (biópsias): processo inflamatório crónico granulomatoso não necrotizante... É de considerar exclusão clínica de tuberculose”; PCR-BK: positivo; exame direto-BK: negativo; cultura-BK: positiva; TC tórax: “infiltrado irregulares, algumas esboçando pequena cavitação central sobretudo nos lobos superiores, podendo traduzir alteração inflamatória/infeciosa... extensas alterações parenquimatosas sobretudo ao nível do lobo médio, lúgula e lobos inferiores com padrão em vidro despolido, áreas de densificação dispersas e espessamento de septos interlobulares”. Suspendeu amiodarona e cumpriu tratamento para tuberculose pulmonar. Repetiu-se a TC de Tórax, 2 anos depois, que regista: “resolução praticamente total das áreas de infiltrado, algumas com pequena cavitação central observadas previamente nos lobos superiores... áreas com padrão em “vidro despolido” e espessamento de septos interlobulares, no entanto, muito menos expressivo relativamente a exame anterior supracitado”.

Discussão: O caso é complexo devido à sobreposição de vários padrões imagiológicos na TC: enquanto nos lobos superiores, as alterações serão mais compatíveis com focos de tuberculose pulmonar, nos lobos inferiores, os achados sugerem toxicidade pela amiodarona. As alterações imagiológicas são pouco sugestivas de sarcoidose. Visto que o tratamento da tuberculose coincidiu temporalmente com a suspensão da Amiodarona, o diagnóstico em retrospectiva torna-se pouco óbvio.

Palavras-chave: Tuberculose. Amiodarona. Medicina do trabalho.

PO082. PNEUMONIA NECROTIZANTE - A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

Raquel Borrego, Andreia Machado, Bruno Freitas, Margarida Ribeiro, Marta Anastácio, Sandra André, Fernando Nogueira

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

Introdução: As pneumonias necrotizantes são um desafio diagnóstico dado a multiplicidade de agentes etiológicos. As bactérias do *genus Rothia* são colonizadoras do trato gastrointestinal superior e raramente causam infeções graves. A pneumonia por *Stenotrophomonas maltophilia* geralmente é nosocomial e ocorre mais frequentemente em doentes sob ventilação mecânica invasiva.

Caso clínico: Homem com 85 anos, ex-fumador (40 UMA), com antecedentes pessoais de DPOC e hipertensão arterial. Recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia e tosse com expectoração purulenta. À admissão encontrava-se polipneico e com insuficiência respiratória parcial. Dos exames complementares de diagnóstico salientava-se aumento dos marcadores inflamatórios e hipotransparência na metade superior do pulmão esquerdo na radiografia torácica. Assumida pneumonia adquirida na comunidade e instituída antibioterapia com amoxicilina/clavulanato e claritromicina com resposta inicial favorável. Foi isolado *Staphylococcus aureus* na expectoração sensível a amoxicilina/clavulanato, tendo sido suspensa claritromicina. Ao 9º dia de antibioterapia dirigida apresentou agravamento clínico. A reavaliação imagiológica evidenciou aumento da consolidação, cavitação no lobo superior esquerdo e discreto derrame pleural ipsilateral. Realizada broncofibroscopia e lavado broncoalveolar com resultado negativo no exame bacteriológico e micológico, pesquisa de *Mycobacterium tuberculosis* e antígeno galactomannan negativos. Assim foi escalada antibioterapia para piperacilina-tazobactam. Manteve agravamento clínico com instabilidade hemodinâmica e necessidade de oxigenoterapia de alto fluxo, sendo transferido para unidade de cuidados intermédios. Reavaliação imagiológica desfavorável com agravamento do derrame. Alterada antibioterapia para meropenem e vancomicina e realizados novos exames culturais com isolamento na expectoração de *R. aeria*, *R. dentocariosa* e *S. maltophilia*. Realizada toracocentese que excluiu empiema. Mantida antibioterapia com meropenem de acordo com antibiograma com evolução clínica e imagiológica favorável.

Discussão: Este caso relata a importância dos isolamentos microbiológicos e da utilização de antibioterapia dirigida. Existem inúmeras dificuldades na terapêutica de pneumonias nosocomiais dada a emergência de estirpes multirresistentes. Este é um caso raro de pneumonia necrotizante causada por *R. aeria*, *R. dentocariosa* e *S. maltophilia* num doente imunocompetente com evolução favorável.

Palavras-chave: *Pneumonia necrotizante. Bactérias multirresistentes.*

PO083- PNEUMONIA NECROTIZANTE: UM CASO RARO, DE SUCESSO

Maria João Lúcio, Eva Brysch, Margarida Guerreiro, Ana Filipa Santos, Cristina Cristóvão, Margarida Raposo, Fernando Nogueira

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

Introdução: A pneumonia necrotizante (PN) é uma complicação rara da pneumonia da comunidade, associada a destruição do tecido pulmonar durante o processo infeccioso. Como fatores de risco destacam-se tabagismo, idade avançada, alcoolismo, diabetes mellitus, doença pulmonar ou hepática crónica.

Caso clínico: Os autores apresentam um caso de um homem de 47 anos, não fumador, com diagnósticos prévios de rinite alérgica. Apresentou-se no serviço de urgência com quadro de quatro dias de

tosse seca, febre, toracalgia e expectoração hemoptóica. Ao exame objetivo destacava-se polipneia, necessidade de oxigénio (2 L/min) e ferveores crepitantes bilaterais na auscultação pulmonar. A radiografia torácica apresentava hipotransparência extensa à direita e focos de hipotransparência parahilar esquerda. Analiticamente tinha discreto aumento dos parâmetros inflamatórios. Por instabilidade hemodinâmica ficou internado na unidade de cuidados intensivos, diagnosticado com pneumonia da comunidade, verificando-se agravamento da insuficiência respiratória com posterior entubação orotraqueal. A TC-torácica mostrava múltiplas áreas de cavitação associadas a áreas abcedadas com necrose parenquimatosa, nos lobos superior esquerdo e inferior direito; consolidação nos lobos inferior esquerdo e superior direito com broncograma aéreo. Assumiu-se o diagnóstico de PN bilateral a *Metapneumovirus*, *Klebsiella pneumoniae* e *MSSA* produtor de LPV, após isolamento no painel de vírus respiratórios, exames bacteriológicos da expectoração e lavado broncoalveolar. Após antibioterapia dirigida durante 6 semanas, verificou-se evolução favorável, sendo extubado ao 15º dia de internamento, necessitando de reabilitação respiratória e motora por miopatia do doente crítico. A TC-torácica (2 meses após alta) apresentava resolução quase completa das alterações prévias, com fenómenos reparativos do processo infeccioso.

Discussão: A PN, apesar de rara, tem aumentado a sua incidência. Os autores consideram este caso importante pela extensão da doença num jovem previamente saudável, que cursou com falência respiratória rapidamente progressiva, necessitando de antibioterapia prolongada, e resolução imagiológica lenta. Realça-se a importância de excluir diagnósticos diferenciais, através de uma marcha diagnóstica adequada.

Palavras-chave: *Pneumonia necrotizante. Pneumonia da comunidade. Metapneumovirus. Klebsiella pneumoniae. Staphylococcus aureus meticilina-sensível (MSSA). Leucocidina Panton-Valentine (LPV).*

PO084. TUBERCULOSE PULMONAR. APRESENTAÇÃO RADIOLÓGICA INCOMUM

Adriana Sofia Dias, Maria Alcide Marques

CHUC.

Introdução: Em 2021, cerca de 10,6 milhões de indivíduos foram diagnosticados com tuberculose ativa, contabilizando 1,6 milhões de mortes a nível global. Apesar da sua elevada prevalência, nem sempre é a principal suspeita diagnóstica, condicionando atrasos no diagnóstico.

Caso clínico: Homem de 70 anos recorre ao Serviço de Urgência por anorexia, astenia, sudorese noturna e perda ponderal de 20 kg, com dois meses de evolução, já orientado para consulta hospitalar, associada a tosse com expectoração mucopurulenta há uma semana. Era ex-fumador com carga tabágica de 30 unidades maço/ano, apresentava consumos etílicos marcados e era reformado de construção civil. Encontrava-se emagrecido, hemodinamicamente estável e apirético, com crepitações bilaterais à auscultação. Realizou radiografia do tórax que evidenciava infiltrados algodonosos de predomínio apical bilaterais. Analiticamente tinha PCR aumentada, sem leucocitose e anemia. O exame direto da expectoração foi negativo para bacilos álcool ácido resistentes. A tomografia computadorizada identificou múltiplas formações nodulares em vidro despolido em todos os lobos, mas com predomínio nos lobos superiores, algumas destas com cavitação interna e *feeding vessel*, bem como múltiplas adenopatias necrosadas mediastínicas e hilares esquerdas, a maior em região subcarinal com cerca de 25 x 33 mm. Colocadas hipóteses diagnósticas de metastização pulmonar, embolização séptica ou tuberculose. A broncofibroscopia não identificou alterações macroscópicas, foi realizado lavado broncoalveolar e aspiração de secreções para estudo e biopsias transbronquiais dirigidas a adenopatia subcarinal. O exame direto e pesquisa de ácidos nucleicos

Mycobacterium tuberculosis complex no aspirado brônquico foram positivos. O doente foi transferido para um quarto de pressão negativa e realizou terapêutica antibacilar, com melhoria clínica e radiológica evidentes.



Discussão: A tuberculose pode ter apresentações imagiológicas atípicas, constituindo um desafio ao seu diagnóstico, pelo que é necessário manter um alto grau de suspeição e considerá-la como diagnóstico diferencial, principalmente em doentes com fatores de risco identificados.

Palavras-chave: Tuberculose pulmonar. Diagnóstico diferencial.

PO085. MASSAS SÍNCRONAS NO PULMÃO E NA GLÂNDULA SUPRA-RENAL: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO

Ricardo Petinga Fortes, Carolina da Silva Alves, Manuel Vasques Osório, Laura Santos, Fernando Rodrigues

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE.

Introdução: Os carcinomas da supra-renal são neoplasias raras, com uma incidência estimada em 1/1.000.000. São diagnosticados em estadio 4 em 28% dos casos, associando-se frequentemente a mau prognóstico.

Caso clínico: Doente de 68 anos, caucasiano, autónomo, fumador (carga tabágica de 100 UMA), com diagnósticos prévios de diabetes mellitus tipo 2 e dislipidémia. Recorreu ao serviço de urgência por quadro clínico compatível com pneumonia adquirida na comunidade à direita, tendo cumprido ciclo de antibioterapia empírica, com melhoria parcial. Neste contexto, realizou TC torácica que revelou massa mediastínica direita com insinuação para o lobo superior do pulmão direito com 75 mm, adenomegalias paratraqueais direitas e pré-carinais com 30 e 27 mm, respetivamente, massa da glândula supra-renal direita com 88 mm e lesão lítica de D8. Foi assumida a hipótese de neoplasia do pulmão metastizada. Realizou broncofibroscopia, descrita como normal. Foi submetido também a biópsia da lesão da supra-renal direita, cuja histologia foi sugestiva de carcinoma do córtex supra-renal. Aquando da realização de EBUS, observou-se volumosa massa do seio piriforme esquerdo, necrosada e friável, a ocluir parcialmente a glote, que foi biopsada. Foram punccionadas adenopatias nas estações ganglionares 4R, 7 e 11RS. A histologia da massa supraglótica, bem como a citologia das estações ganglionares 11RS e 4R revelaram aspetos compatíveis com carcinoma pouco diferenciado de provável origem renal ou supra-renal,

favorecendo a hipótese de carcinoma do córtex supra-renal metastizado. Tratando-se de um doente com neoplasia da supra-renal em estadio IV, com performance status na escala Eastern Cooperative Oncology Group de 4, optou-se por terapêutica de suporte.

Discussão: Perante massas síncronas no pulmão e na glândula supra-renal, tendemos a presumir o diagnóstico de neoplasia do pulmão em estadio IV, pela sua maior frequência. No entanto, dado o seu potencial impacto (prognóstico e terapêutico), o diagnóstico histológico é determinante.

Palavras-chave: Carcinoma supra-renal. Metastização ganglionar. Massa mediastino.

PO086. EXPERIÊNCIA COM LORLATINIB - UMA NOVA REALIDADE PARA O CPNPC DO PULMÃO ALK POSITIVO COM METASTIZAÇÃO CEREBRAL

Sofia Martins de Castro¹, Mariana Argel², Ana Figueiredo³, Alice Pego³, Fernando Barata³

¹Centro Hospitalar do Baixo Vouga. ²Centro Hospitalar Tondela Viseu. ³Centro Hospitalar Universitário de Coimbra.

Objetivos: Atualmente, no âmbito da medicina de precisão, a descoberta de alterações moleculares, responsáveis pelo aparecimento e progressão tumorais, permitiu desenvolver terapias específicas dirigidas a esses marcadores, levando a um melhor tratamento em doentes com carcinoma do pulmão de não pequenas células (CPNPC). A descoberta de mutações e rearranjos capazes de modulação pelos inibidores das tirosinas cinase alterou o paradigma de tratamento do CPNPC. Um exemplo é o lorlatinib, inibidor altamente seletivo de terceira geração dirigido à translocação ALK. O objetivo deste trabalho foi avaliar a eficácia do lorlatinib no tratamento do doente com CPNPC avançado, ALK positivo, com metastização cerebral.

Métodos: Análise retrospectiva dos dados clínicos dos doentes com CPNPC, estadio avançado, com rearranjo ou fusão ALK, tratados com lorlatinib na Unidade de Pneumologia Oncológica do CHUC.

Resultados: Foram incluídos 10 pacientes, com uma idade média de 58 anos, 60,00% mulheres, 70,00% não fumadores, 60,00% com um performance status de 1, e 40,00% de 0. No momento do diagnóstico, todos os pacientes encontravam-se no estadio IV. O osso e o pulmão eram os locais mais comuns de metastização. A maioria dos doentes, 60,00%, realizaram lorlatinib como terceira linha de tratamento. Estes cumpriram crizotinib em primeira linha e um TKI de segunda geração (ceritinib ou alectinib) em segunda linha. O tempo médio de tratamento com lorlatinib foi de 29 meses. Quanto à resposta à terapia, constatámos um controlo da doença em 70,00% dos doentes e progressão em 30,00%. Praticamente todos os doentes manifestaram hipercolesterolemia. Três doentes manifestaram efeitos secundários neurocognitivos com necessidade de redução e mesmo suspensão.

Conclusões: A experiência da nossa Unidade de Cuidados de Saúde é semelhante aos dados de outros estudos, salientando a importância do lorlatinib no tratamento personalizado do CPNPC ALK positivo pela sua robusta eficácia anti tumoral, juntamente com a eficácia de ação no sistema nervoso central.

Palavras-chave: ALK. Lorlatinib. CPNPC. Metastização cerebral.

PO087. BACTERIEMIA ESTAFILOCÓCICA: UM DESFECHO FATAL

Ana Rita Pedroso, Joana Vieira Naia, Marta Silva, Diana Pimenta, Ana Luísa Vieira, Sofia Rodrigues Sousa, Lurdes Ferreira

Hospital de Braga.

Introdução: A bacteriemia por *Staphylococcus aureus* é uma entidade de cada vez mais prevalente. As complicações decorrentes da mes-

ma podem ocorrer, virtualmente, em qualquer parte do organismo e a morbi-mortalidade associada às mesmas é significativa. O reconhecimento precoce é determinante para o prognóstico.

Caso clínico: Homem de 70 anos, com adenocarcinoma pulmonar estadio IV, recorreu ao SU por hemoptises com 1 dia de evolução, tendo sido internado com o diagnóstico de pneumonia, medicado com antibioterapia empírica. Isolou-se em hemoculturas *Staphylococcus aureus* metilina sensível (MSSA) e o doente iniciou antibioterapia dirigida. Ao 5º dia de internamento, após dessaturação súbita e dificuldade respiratória, foi objetivado um pneumotórax hipertensivo à esquerda, confirmado em tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica, que adicionalmente revelou: “hidropneumotórax de novo à esquerda...de novo múltiplas lesões cavidades bilateralmente, atingindo todos os lobos pulmonares, contactando a cavidade pleural, tanto na vertente lateral como mediastínica, favorecendo a hipótese levantada de pneumotórax prévio hipertensivo por eventual fistulização pleural com uma destas cavidades. Encontra-se de novo trombo no ventrículo direito desde o ápice e que se prolonga para a emergência da artéria pulmonar”. Apesar da drenagem torácica e hipocoagulação, o doente veio a falecer ao 7º dia de internamento.

Discussão: A mortalidade associada a bacteriemia por MSSA varia entre 10-30%. Fatores como a idade, comorbilidades e presença de bacteriemia precoce podem aumentar o risco de morte. Com este caso, pretende-se salientar as complicações pleuro-pulmonares, que podem ocorrer na presença do microrganismo supracitado.

Palavras-chave: Adenocarcinoma pulmonar. Bacteriemia. MSSA. Fistulização pleural.

PO088. OSIMERTINIB COMO 1ª LINHA DE TRATAMENTO EM CPNPCM COM MUTAÇÕES DO EGFR

Sofia Martins de Castro¹, Mariana Argel², Ana Figueiredo³, Alice Pego³, Fernando Barata³

¹Centro Hospitalar do Baixo Vouga. ²Centro Hospitalar Tondela Viseu. ³Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra.

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

Métodos: Estudo observacional retrospectivo que incluiu doentes seguidos na consulta externa da pneumologia oncológica do CHUC com CPNPCm e que iniciaram osimertinib em 1ª linha desde o ano de 2020. Foram avaliadas características demográficas, clínicas e tumorais. Foi avaliada a resposta dos doentes dividindo-os em resposta completa, resposta parcial e estabilidade.

Resultados: Vinte e um doentes iniciaram osimertinib em 1ª linha. Os doentes com CPNPCm que iniciaram osimertinib em 1ª linha eram maioritariamente do sexo feminino (76%), não fumadores e com ECOG ≤ 1. Apenas se verificou a ocorrência de um óbito. Relativamente às respostas dos doentes ao fármaco, constatamos que 52% apresentam resposta parcial, 43% encontram-se estáveis e apenas 5% progrediram.

Conclusões: O osimertinib é um fármaco com bons resultados na nossa prática clínica, tendo trazido uma nova esperança aos doentes com CPNPCm com mutações do EGFR.

Palavras-chave: Osimertinib. CPNPCM. Mutações do EGFR.

PO089. ERA UMA VEZ UM CARVÃO: QUANDO A ANATOMIA PATOLÓGICA CONTA UMA HISTÓRIA

Filipe Modesto, Vânia Caldeira, Susana Sousa, Paula Duarte

Hospital de São Bernardo.

Introdução: Estão descritos na literatura alguns casos de complicações associadas à aspiração de carvão ativado, nomeadamente edema pulmonar, broncoespasmo, síndrome de dificuldade respiratória aguda, e raramente, de reação granulomatosa.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma doente de 54 anos, não fumadora, com antecedentes pessoais de perturbação depressiva e intoxicação medicamentosa voluntária em 1996, tendo efetuado lavagem gástrica com carvão ativado. Foi referenciada a consulta de Pneumologia pelo médico de família, após traumatismo torácico, por achado imagiológico de bronquiectasias com impactação mucoide e *tree-in-bud* no lobo superior direito (LSD). Não apresentava qualquer sintomatologia respiratória ou constitucional e analiticamente sem alterações de relevo. Realizou Tomografia Computorizada (TC) torácica de reavaliação em que se identificavam dois nódulos sólidos espiculados, um de 1,7 cm no LSD e outro de 3 cm no Lobo Inferior Direito (LID) e micronódulos bilaterais. Broncofibroscopia sem alterações endoscópicas e lavado broncoalveolar com microbiologia negativa e citologia com células cilíndricas, histiócitos alveolares, células inflamatórias, negativa para células neoplásicas. PET-TC com marcação de lesão do LSD (SUV 11,5) e no LID (SUV 15). Realizou punção aspirativa transtóracica do nódulo do LID com citologia insuficiente para diagnóstico. Foi então submetida a resseção em cunha do LSD por videotoroscopia cuja histologia revelou fragmentos de parênquima pulmonar com área de configuração nodular, com abundante pigmento antracótico dentro e fora dos macrófagos associado a fibrose e a processo inflamatório crónico com células gigantes tipo corpo estranho. Manteve vigilância durante 4 anos com estabilidade de todas as lesões. Assumiu-se pneumoconiose antracótica no contexto de intoxicação medicamentosa prévia com provável aspiração de conteúdo gástrico.

Discussão: Neste caso, os autores descrevem uma complicação pulmonar rara associada à aspiração de carvão ativado, um achado imagiológico 21 anos após o evento desencadeante, cuja fisiopatologia apenas foi totalmente compreendida após os resultados histopatológicos. Este caso destaca a importância de uma história clínica detalhada.

Palavras-chave: Pneumoconiose antracótica. Carvão ativado.

PO090. TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO DA PLEURA. UMA EVOLUÇÃO POUCO BENIGNA

Cátia Pimentel, Diana Amorim, Francisco Henriques, Cláudia Santos, Salvato Feijó

Centro Hospitalar de Leiria.

Introdução: O tumor fibroso solitário da pleura (TFSP) é uma neoplasia rara, responsável por menos de 5% das neoplasias primárias da pleura.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um doente de 80 anos, do sexo masculino, não fumador, com asma desde os 20 anos e exposição a poeira de sílica, que realizou TC do tórax em 11/2016 após queda com traumatismo torácico, a qual revelou uma imagem ovalada, hipodensa, contornos bem definidos, com 2,3 × 1,3 cm na pequena cisura. Foi avaliado em consulta em 2018, com repetição da TC (10/2018), mantendo a lesão descrita com estabilidade dimensional. Solicitada biópsia transtorácica guiada por TC, não tendo sido realizada pela suspeita de derrame cisural. Manteve-se controlo imagiológico com TC a 06/2019, que apresentava crescimento da lesão (4,1cm). Foi então realizada BTT, sendo a histologia compatível com tumor fibroso solitário da pleura. Em reunião multidisciplinar (RMD) foi decidido manter vigilância clínica. Em

01/2020 repetiu TC com estabilidade dimensional. Em 04/2022 a lesão apresentava 12 × 8 cm, associado a adenopatias mediastínicas (máximo 1,8 cm). Dado apresentar aumento dimensional muito significativo a condicionar infeções respiratórias de repetição foi novamente discutido em RMD, optando-se novamente por vigilância clínica, visto não apresentar condições para abordagem cirúrgica nem para esquemas convencionais de quimioterapia. Em 12/2022 foi internado por quadro de hipoglicemia grave com necessidade de perfusão contínua de soro glicosado, no contexto de síndrome Doege-Potter.

Discussão: Apesar do TFSP apresentar um comportamento benigno em até 88% dos casos, pode ter evoluções clínicas mais agressivas como no presente caso. A hipoglicemia por tumor não ilhota pancreática (síndrome de Doege-Potter) é um síndrome paraneoplásico raro (< 5% dos TFSP), secundário à produção de Fator de Crescimento *Insulin-Like II* pelo tumor. O tratamento é a excisão cirúrgica da massa tumoral, no entanto foi decisão clínica e do doente não realizar procedimentos invasivos, sendo o seu prognóstico reservado.

Palavras-chave: Tumor fibroso solitário da pleura. Síndrome Doege-Potter.

PO091. HEMOPTISES OU HEMATEMESES? UM CASO DE FÍSTULA ESÓFAGO-BRÔNQUICA COM HEMORRAGIA PULMONAR E DIGESTIVA

Maria João Santos¹, Maria João Cavaco², Fernanda Paula¹, Paula Alves¹, Filipe Froes¹

¹Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN). ²Centro Hospitalar do Oeste (CHO).

Introdução: A presença de hemoptises em doentes com neoplasia pulmonar não é incomum. O desafio diagnóstico surge quando existe concomitantemente hemorragia digestiva alta. Apresenta-se o caso de um doente com fatores de risco para ambas as apresentações, cujo diagnóstico final acabou por ser uma complicação neoplásica rara.



Caso clínico: Homem, 56 anos, antecedentes de etanolismo e carcinoma pavimentocelular pulmonar estadio IV, tendo iniciado quimioterapia e pembrolizumab. Inicia quadro de hemoptises e vômitos, com resolução parcial com ácido aminocaprílico. Foi internado por recorrência do quadro. Angio-TC revelou oclusão total do brôn-

quio principal esquerdo (BPE) por massa hilar conhecida. Broncofibroscopia revelou coágulo de grandes dimensões no BPE e hemorragia ativa tumoral; realizada terapêutica local e sistêmica. Verificou-se episódio de hemoptise maciça, com necessidade de entubação temporária. O caso foi discutido em reunião multidisciplinar e proposta radioterapia hemostática, tendo sido transferido para o CHULN neste contexto. No dia seguinte após radioterapia, teve novo episódio de hemoptise maciça. Realizou broncoscopia rígida, identificou-se hemorragia ativa no lobo inferior esquerdo; colocado Surgicel. Manteve entubação orotraqueal, no entanto, com hemorragia persistente na sonda nasogástrica. Equacionada hemorragia digestiva alta (hábitos etanólicos prévios). Após revisão das TCs tórax foi identificada fístula esófago-brônquica, não descrita, já presente antes da radioterapia. O caso foi discutido com Pneumologia Oncológica, Broncologia, Gastroenterologia e Cirurgia, concluindo-se não existir indicação e/ou condições para outros procedimentos. O doente teve evolução desfavorável e faleceu.

Discussão: A fístula esófago-brônquica é uma complicação das neoplasias pulmonares, sobretudo após radioterapia. Foi levantada a suspeita quando, já sob entubação orotraqueal, persistia hemorragia na sonda gástrica. Foi ainda crucial equacionar estigmas de doença hepática crónica e hematemese. A fístula já estava presente antes da radioterapia, não foi identificada e o tratamento pode ter agravado o quadro. É de extrema importância a revisão imagiológica. A maioria destes doentes acaba por falecer por hemorragia ou infeção.

Palavras-chave: Fístula esófago-brônquica. Hemoptise.

PO092. APRESENTAÇÃO CLÍNICA DO CANCRO DO PULMÃO - UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA

S.P. Ferreira, C. Giesta, M. d'Almeida, J.C. Duarte, C. Lousada

Centro Hospitalar do Médio Tejo.

Objetivos: O cancro do pulmão tem vindo a aumentar em todo o mundo. Em Portugal, os últimos dados, referentes a 2020, divulgaram 5415 novos casos, sendo a principal causa de morte, de entre os diferentes diagnósticos oncológicos. Os sintomas tendem a ocorrer tardiamente, estimando-se que apenas cerca de 6% dos doentes sejam assintomáticos aquando do diagnóstico. No que concerne aos doentes sintomáticos, os sintomas mais comuns são a tosse, hemoptises, dor torácica e dispneia. O objetivo deste trabalho é fazer um levantamento da percentagem de doentes assintomáticos e sintomáticos, no momento do diagnóstico de cancro de pulmão, assim como determinar quais os sintomas que estes apresentam mais frequentemente.

Métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos de todos os doentes avaliados em primeira consulta de Pneumologia Oncológica num hospital periférico, entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2022 (n = 72). Foram excluídos 2 doentes, por apresentarem resultado anatomopatológico compatível com patologia benigna.

Resultados: Dos 70 doentes avaliados, 21% eram assintomáticos e 79% apresentavam sintomatologia aquando do diagnóstico. O sintoma respiratório mais frequente foi a tosse (37%), seguindo-se dispneia (29%), dor torácica (23%) e, por último, hemoptises (14%). 39% dos doentes apresentaram, ainda, sintomas inespecíficos.

Conclusões: Esta análise revelou um número significativo de doentes assintomáticos, superior à literatura, onde são referidas percentagens inferiores a 10%. Quanto aos sintomas respiratórios, os resultados são congruentes com estudos prévios, sendo a tosse o mais comum, seguindo-se dispneia e dor torácica e, por último, hemoptises. Dados da literatura mencionam que sintomas gerais inespecíficos estão presentes em 34% dos doentes, verificando-se uma percentagem discretamente superior nos resultados desta análise. Os dados obtidos, nomeadamente em relação à percentagem de doentes assintomáticos, vem reforçar a necessidade de desenvolver es-

estratégias que permitam um diagnóstico precoce, antes de se desenvolverem sintomas, que, habitualmente, se associam a doença em estádios mais avançados.

Palavras-chave: *Cancro do pulmão. Sintomas. Diagnóstico.*

PO093. MIELITE. UMA FORMA RARA DE APRESENTAÇÃO DE CANCRO DO PULMÃO

Ana Silva¹, Filipe Leite¹, Carolina Lopes², Sara Lopes¹, Augusto Ferreira², Gonçalo Paupério¹

¹*Serviço de Cirurgia Torácica, Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil.* ²*Serviço de Neurologia, Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil.*

Introdução: Os síndromes paraneoplásicas são manifestações remotas de neoplasias.

A mielite transversa paraneoplásica foi descrita para vários tipos de neoplasias, nomeadamente mama, ovário, útero, estômago, esófago, testículo, linfomas e alguns tipos de cancro do pulmão. O anti-corpo anti-Hu quando presente deve levantar a suspeita de um tumor de pequenas células do pulmão, contudo em raras instâncias pode ser devido a adenocarcinoma.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um doente de 69 anos, sexo masculino, com quadro inicial de retenção urinária, dor à palpação do hipogastro e da próstata e parestesias nos pés, tendo-se assumido prostatite, para a qual foi medicado. Nos cinco dias seguintes houve progressão para paraparesia com hiperreflexia dos membros inferiores e reflexo cutâneo-plantar extensor bilateral, nível sensitivo à picada por T10, alterações da proprioceção nos membros inferiores e obstipação. Iniciou estudo, tendo realizado tomografia computadorizada do tórax que revelou um nódulo com 14 × 9 mm no lobo superior direito, com biópsia pulmonar transtorácica a mostrar adenocarcinoma do pulmão. Ressonância magnética sem evidência de lesões medulares. Detetaram-se anticorpos anti-Hu no soro, levantando-se a suspeita de mielite transversa paraneoplásica. Enviado ao Serviço de Cirurgia Torácica do nosso hospital, tendo realizado lobectomia superior direita e linfadenectomia mediastínica. Melhoría progressiva do quadro neurológico, com mobilização dos halluces ao segundo dia pós-operatório. Atualmente já sem alterações sensitivas. Mantém paraparesia ligeira, deambulando com andarrilho, e bexiga neurogénica, com necessidade de auto-algáliação. Sem evidência de recidiva da neoplasia.

Discussão: Um adenocarcinoma com anticorpo anti-Hu é raro, sendo a evidência restrita a um pequeno número de relatos de caso.

Palavras-chave: *Mielite. Paraparesia. Paraneoplásico. Adenocarcinoma do pulmão.*

PO094. CASO RARO DE MESTASTIZAÇÃO ENDOBRÔNQUICA

Beatriz Ferraz, Catarina Lacerfa, Filipa Correia, Bruno Silva, Nuno Faria, Maria Inês Costa

Centro Hospitalar Universitário Porto.

Introdução: O hepatocarcinoma é a neoplasia hepática mais frequente. Quando localizada pode ser realizado tratamento curativo. No entanto, 11-25% dos casos apresentam metastização ao diagnóstico. As metastases no parênquima pulmonar são frequentes (50%) mas a metastização endobrônquica é rara.

Caso clínico: Sexo masculino, 72 anos, autónomo, fumador ativo (50 UMAs). Antecedentes pessoais de doença hepática crónica, insuficiência cardíaca e múltiplos fatores de risco cardiovasculares. Recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia para esforços progressivamente menores desde há 2 meses. Associadamente, referia tosse produtiva com expectoração de características mucosas e anorexia. Radiografia torácica mostrou derrame pleural *de novo* à esquerda de grande volume, tendo sido colocado dreno torácico. Líquido pleural

com características de exsudado e predomínio linfocítico. Citologia negativa para malignidade. TAC toracoabdomino pélvico mostrou redução do volume pulmonar à esquerda com desvio ipsilateral das estruturas mediastínicas, supradesnivelamento da hemicúpula diafragmática e hidropneumotórax, constatando-se preenchimento do brônquio principal e atelectasia completa a jusante. A nível hepático, destacava-se um nódulo no segmento VIII de 43 mm sugestivo de hepatocarcinoma. Sem outras alterações de relevo. Realizada broncofibroscopia que mostrou lesão endobrônquica de aspeto friável e consistência mole a dificultar a rentabilidade das biópsias, pelo que se optou pela realização de criobiópsia, que foi compatível com hepatocarcinoma. Apresentado em consulta de grupo de tumores torácicos e hepato-bilio-pancreáticos que admitiu o diagnóstico de hepatocarcinoma com metastização endobrônquica. Proposto para terapêutica sintomática exclusiva. Evolução clínica desfavorável com caquexia e agravamento do estado geral (ECOG 3) tendo sido proposto para a melhor terapêutica de suporte.

Discussão: A apresentação clínica e radiológica de metastases endobrônquicas são semelhantes a um carcinoma broncogénico primário, tal como no caso clínico descrito. Existem apenas uma dezena de casos descritos na literatura de hepatocarcinomas com metastização endobrônquica. Este diagnóstico deve ser tido em consideração particularmente em doentes com doença hepática prévia.

Palavras-chave: *Lesão endobrônquica. Neoplasia. Hepatocarcinoma. Broncofibroscopia.*

PO095. NEM TUDO É O QUE PARECE

Susana Pipa, Margarida Cruz, Ana Raquel Afonso, Sara Raimundo, Liliana Ribeiro, Teresa Gomes, Ana Isabel Loureiro

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro/Hospital de Vila Real.

Introdução: As lesões parenquimatosas pulmonares podem ter diversas etiologias, desde doenças malignas a benignas, podendo incluir doenças inflamatórias, infecciosas, autoimunes, entre outras.

Caso clínico: Mulher de 58 anos. Ex-fumadora e ex-toxicod dependente, com HTA. Recorreu ao médico de família por tumeação supraclavicular dias após administração de vacina contra COVID19, com regressão espontânea. Analiticamente, identificada leucocitose persistente, tendo sido orientada à consulta de Hematologia. Progressivamente iniciou tosse não produtiva e hipersudorese noturna, tendo realizado radiografia torácica que evidenciou hipotransparência para-hilar direita. A TC torácica revelou uma massa pulmonar de 7 × 10,7 cm no LSD, adenopatias mediastínicas e hilares e nódulo sólido no LSE com 8 mm, ambos suspeitos. Analiticamente, anemia microcítica, leucocitose marcada e elevação de VS e ferritina sérica. A PET-CT sugeriu tratar-se de volumosa neoplasia pulmonar maligna no campo pulmonar direito (LM e LSD) com intensa atividade metabólica e metastização pulmonar contralateral e ganglionar intratorácica. Na broncofibroscopia foi observada infiltração da mucosa a nível dos segmentos B4-B5 direitos e alargamento do esporão de divisão do BLS, onde foram realizadas biópsias cujo relatório anatomopatológico revelou unicamente inflamação. Foi submetida a duas biópsias transtorácicas que apenas identificaram lesão inflamatória inespecífica e ausência de malignidade. Dado o elevado grau de suspeição de doença oncológica, o caso foi discutido com Cirurgia Torácica e a utente foi submetida a biópsia por mediastinoscopia. O estudo anatomopatológico diagnosticou Linfoma de Hodgkin (LH) clássico, variante histológica esclerose-nodular.

Discussão: Este caso denota o papel fundamental da cirurgia torácica no diagnóstico de massas pulmonares suspeitas de etiologia incerta, com estudo não conclusivo pelos métodos de diagnóstico mais usuais. O LH clássico é uma neoplasia linfóide caracterizada pela presença de células Reed-Sternberg e infiltrado inflamatório pleomórfico. Pode apresentar-se com sintomas B, adenopatias e/ou massa torácica, tipicamente mediastínica, e associar-se a altera-

ções hematológicas. Um elevado índice de suspeição perante os vários achados é fundamental para o diagnóstico.

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

PO096. POLIARTRITE INDIFERENCIADA DE ETIOLOGIA INESPERADA

Margarida M. Carvalho, Rita Rodrigues, Sara Raimundo, Catarina Hilário, Bebiãna Conde, Teresa Gomes, Ana Loureiro

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

Introdução: A poliartrite carcinomatosa (ou poliartrite paraneoplásica) é uma artrite inflamatória seronegativa associada a neoplasias, mais frequentemente hematológicas, mas também de tumores sólidos. Alguns fatores devem fazer suspeitar de síndromes paraneoplásicas, nomeadamente: história pessoal/familiar de neoplasia, exposição a carcinogêneos, sintomas constitucionais, idade superior a 50 anos ao diagnóstico e doença refratária ao tratamento.

Caso clínico: Sexo masculino, 44 anos. Ex-fumador, carga tabágica 21 UMA, sem antecedentes de relevo. Inicia seguimento em consulta de reumatologia por poliartrite indiferenciada com espondilite possível, caracterizada por quadro de artralhas inflamatórias (mãos, joelhos e tornozelo) e sinovite de pequenas articulações, com elevação dos parâmetros inflamatórios, FR, anti-CCP e HLAB27 negativos, ANA 1/160 padrão homogêneo. Constatado posteriormente hipocratismo digital (sem sintomas respiratórios ou constitucionais) que motivou a realização de TC torácica revelando lesão neofórmica no LSE, tendo sido posteriormente encaminhado para consulta de pneumologia oncológica. Prosseguiu estudo, com diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão em estadio IVA (T4N3M1b), metastização pulmonar contralateral e lesão cerebral única, sem mutações-alvo e expressão de PDL1 < 1%. Realizou RT estereotáxica de lesão cerebral e iniciou tratamento com carboplatina, pemetrexed e pembrolizumab (4 ciclos) com resposta parcial, prosseguindo para manutenção. Realizou 8 ciclos de manutenção, com progressão posterior. Atualmente encontra-se em 3ª linha de tratamento. De referir que os sintomas articulares apresentaram, como é típico desta entidade, uma baixa resposta à corticoterapia, e controlo consonante com o da doença oncológica de base.

Discussão: Neste caso, o doente apresentou uma síndrome paraneoplásica reumatológica com sintomas músculo-esqueléticos, cujo estudo etiológico permitiu o diagnóstico de um adenocarcinoma pulmonar, particularmente desafiante neste doente pela sua idade jovem e pela ausência de sintomas associados. De realçar que, nestes casos, a artrite é frequentemente refratária a AINEs e corticosteróides, respondendo ao tratamento da doença neoplásica de base, verificando-se também recorrência e agravamento dos sintomas com a recidiva do tumor.

Palavras-chave: *Síndrome paraneoplásica. Poliartrite carcinomatosa. Neoplasia do pulmão.*

PO097. TRANSLOCAÇÃO ALK COMO MECANISMO DE RESISTÊNCIA AO OSIMERTINIB EM CPNPC AVANÇADO: O PAPEL DA TERAPÊUTICA DUPLA COM TKI

Gonçalo Moura Portugal¹, Ana Carla Sousa², Paula Alves¹

¹Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. ²GenoMed® - Diagnósticos de Medicina Molecular SA.

Introdução: A resposta aos inibidores da tirosina quinase (TKI) no tratamento do carcinoma do pulmão de não pequenas células (CPNPC) é, inevitavelmente, seguida pela aquisição de resistências e progressão de doença. Apresenta-se um caso raro de translocação ALK como mecanismo de resistência ao Osimertinib em doente EGFR-mutada.

Caso clínico: Mulher de 42 anos, ex-fumadora (20UMA). Diagnóstico de adenocarcinoma do lobo superior esquerdo do pulmão - pT2b-N0M1C (estadio IVB) - com metastização cerebral e suprarrenal à apresentação. Submetida inicialmente a enucleação de lesão cerebral, tendo sido detetada mutação L858R do EGFR (exão 21), através de NGS. Iniciou terapêutica de primeira linha com osimertinib. Aos 10 meses de tratamento verificou-se progressão de doença (PD) a nível pulmonar e suprarrenal. Considerou-se oligoprogressão e decidiu-se pela realização de lobectomia superior esquerda e radioterapia na suprarrenal, com manutenção de osimertinib. NGS do tumor pulmonar revelou a translocação EML4-ALK *de novo*. 3 semanas após a cirurgia, verificou-se o aparecimento de tumefação cervical. Foi submetida a biópsia ecoguiada, confirmando-se metastização ganglionar. Nesta fase, a equipa considerou PD e decidiu a suspensão de osimertinib e início de alectinib dirigida à mutação adquirida. Aos 3 meses, objetivou-se resposta paradoxal na suprarrenal, resolução da adenopatia cervical e aparecimento de duas lesões cerebrais. A equipa considerou a probabilidade de existência de diferentes clones de células neoplásicas EGFR e ALK mutadas e tomou a decisão de iniciar terapêutica dupla com osimertinib e alectinib. Aos 3 meses de follow-up, a doente obteve doença estável, sem efeitos adversos reportados.

Discussão: Historicamente, as mutações nos genes EGFR e ALK eram consideradas mutuamente exclusivas. Atualmente, sabe-se que estas mutações estão presentes, em simultâneo, em cerca de 1,6% dos CPNPC. Este caso veio alertar para a importância da pesquisa de novas mutações na progressão de doença e para a eficácia e segurança da instituição de terapêutica TKI dupla no obtenção do seu controlo.

Palavras-chave: *CPNPC. EGFR. ALK. Mutação de resistência. Inibidores tirosina quinase.*

PO098. AMIVANTAMAB NO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DO PULMÃO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Margarida Melo Cruz, Ana Filipa Silva, Sara Raimundo, Teresa Gomes, Ana Loureiro

Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro.

Introdução: A mutação de inserção do exão 20 do EGFR é rara e está associada a resistência aos TKIs dirigidos ao EGFR, assim como a um pior prognóstico. O amivantamab é um anticorpo monoclonal dirigido ao EGFR e MET, estando indicado no tratamento de doentes com CPNPC com esta mutação, após progressão com tratamento à base de platino.

Caso clínico: Homem de 56 anos, ex-fumador (23 UMA). Recorreu ao serviço de urgência em Setembro de 2021 por queixas de tosse e dispneia com uma semana de evolução, observando-se imagiologicamente uma massa no LSD. Na broncofibroscopia era visível uma lesão exofítica no 1/3 médio do BPD, cujas biópsias brônquicas revelaram carcinoma epidermóide do pulmão, PD-L1 negativo. Na RMN CE foi identificada LOE frontal esquerda, tendo sido submetido a exérese da lesão, compatível com metástase de carcinoma epidermóide. O estudo genético identificou a mutação de inserção no exão 20 do gene EGFR. Iniciou tratamento sistémico com carboplatino + paclitaxel e pembrolizumab em outubro de 2021, cumprindo 4 ciclos. Iniciada manutenção com pembrolizumab em janeiro de 2022, tendo cumprido 3 ciclos, após os quais se identificou progressão. Doente foi proposto e aceite em PAP de amivantamab, tendo iniciado tratamento em maio de 2022, com resposta parcial. Em setembro de 2022, a TC torácica revelou densificações em vidro despolido à esquerda, levantando-se a suspeita de pneumonite (grau 2 CTCAE). Suspenso amivantamab e realizado LBA, com identificação de alveolite linfocítica e isolamento de *S. pneumoniae*. Realizado curso de antibioterapia e posteriormente de corticoterapia sistémica, com franca melhoria clínica e imagiológica.

Discussão: Este caso clínico destaca-se pela presença de uma mutação rara do gene EGFR num carcinoma epidermóide, permitindo o uso de um fármaco dirigido a este alvo, com boa resposta, assim como o surgimento de toxicidade pulmonar, descrita em apenas 2,6% dos doentes incluídos no estudo Chrysalis.

Palavras-chave: Amivantamab. EGFR. Inserção exão 20.

PO099. O INCIDENTALOMA QUE TUDO MUDOU...

Raquel Silva¹, Maria Bragança¹, Miguel Guia^{1,2}, Paula Pinto^{1,2}, Cristina Bárbara^{1,2}

¹Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE. ²Instituto de Saúde Ambiental da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Introdução: O carcinoma pulmonar de pequenas células (CPPC) representa 15% de todos os carcinomas pulmonares. A maioria dos doentes com CPPC apresentam sintomas associados ao crescimento intratorácico e a metástases, sintomas constitucionais e síndromes paraneoplásicas.

Caso clínico: Mulher, 76 anos, fumadora ativa (64 UMA) com história de DPOC, doença arterial periférica, cardiopatia isquémica, insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (< 30%) e doença renal crónica. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor no membro inferior direito com uma semana de evolução. Apresentava-se apirética, eupneica em ar ambiente, destacando-se necrose do 5º dedo do pé direito. Gasometricamente e analiticamente sem alterações de relevo. Realizou Angio-TC abdominal, pélvica e dos membros inferiores que confirmou oclusão da artéria femoro-popliteia direita e tibial posterior homolateral, tendo sido encaminhada para observação por Cirurgia Vasculuar, com indicação cirúrgica urgente. Na TC abdominal, foi identificado derrame pleural direito, sendo solicitada Angio-TC torácica, onde foi identificado nódulo espiculado com 10 mm, no segmento posterior do lobo superior direito, associado a extenso conglomerado adenopático mediastínico, para-traqueal, pré-carinal, sub-carinal e hilar à direita, com maior expressão retro-traqueal. Por suspeita de neoplasia do pulmão, foi protelada intervenção cirúrgica e a doente foi internada no serviço de Pneumologia para estudo. Realizou toracocentese diagnóstica, com exame citológico sem presença de células neoplásicas. Foi proposta ecoendoscopia endobrônquica (EBUS), mas pelos antecedentes cardiovasculares não foi aceite por Anestesiologia. Foi efetuada biópsia aspirativa transtorácica guiada por TC de adenopatia sub-carinal, cujo exame anatomopatológico revelou carcinoma pulmonar neuroendócrino de pequenas células. No estadiamento não foram identificadas lesões sugestivas de metástases, assumindo-se CPPC estadio III-A (T1aN2M0), tendo sido encaminhada para Pneumologia Oncológica.

Discussão: Este caso representa um incomum diagnóstico incidental de CPPC assintomático, localmente avançado mas potencialmente curativo. O CPPC consiste no subtipo de carcinoma com maior agressividade, mortalidade e pior prognóstico, pelo que é indispensável o seu diagnóstico precoce.

Palavras-chave: Incidentaloma. Diagnóstico precoce. Rastreio. Carcinoma pulmonar de pequenas células.

PO100. UM DIAGNÓSTICO NA PALMA DAS MÃOS

Inês Duarte¹, Filipa Canedo¹, Pedro Farinha², Ana Magalhães¹, David Silva¹, António Miguel¹

¹Serviço de Pneumologia, Hospital Santa Marta (Centro Hospitalar Lisboa Central). ²Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Lisboa Central.

Introdução: Os síndromes paraneoplásicas são um conjunto de sinais e sintomas não diretamente relacionados com a invasão

direta, obstrução ou metastização neoplásica. O cancro do pulmão é um dos tumores mais associado a estas síndromes, implicando um reconhecimento atempado destas situações.



Caso clínico: Mulher, 61 anos, ex-fumadora com carga tabágica de 20 unidades maço-ano. Apresenta-se com clínica com seis meses de evolução de tosse produtiva, perda ponderal e espessamento palmar das mãos. Ao exame objetivo destaca-se: emagrecimento, auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído na base esquerda e, nas mãos, baqueteamento digital e placas esbranquiçadas/acastanhadas de aspeto verrucoso na face volar da falange distal dos dedos, bem como da face interna das palmas compatível com palmas vilosas (*Tripe palms*). Por suspeita de neoplasia primária do pulmão, realizou tomografia computadorizada (TC) torácica que revelou uma lesão no lobo inferior esquerdo com diâmetros máximos de 8 x 6,7 cm, a condicionar diminuição do calibre do brônquio segmentar da língula, e extensão ao hilo. Realizou videobroncoscopia com biópsia a confirmar o diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão PDL1 negativo. A biópsia das lesões cutâneas foi compatível com palmas vilosas. A ressonância magnética de crânio identificou uma micrometástase cerebral. O estadiamento por TC toracoabdominopélvica, e Tomografia por emissão de positrões não identificou mais metástases à distância. Assumiu-se estadiamento IVA (T4N2M1b). Após discussão em reunião multidisciplinar decidiu-se uma abordagem de doença oligometastática, com radioterapia estereotáxica sobre a micrometástase do SNC e quimiorradioterapia.

Discussão: *Tripe palms* é uma dermatomatose paraneoplásica rara relacionada mais frequentemente com adenocarcinoma gástrico mas, em 20% dos casos, com adenocarcinoma do pulmão. A sua ocorrência antecede o diagnóstico de neoplasia em cerca de 48% dos casos e em 21% ocorre em simultâneo, tornando-se fundamental o seu reconhecimento para um diagnóstico precoce. A sua resolução pode acontecer em cerca de um terço dos casos após início do tratamento da malignidade subjacente.

Palavras-chave: *Tripe palms*. Adenocarcinoma pulmão.

PO101. UM SEGMENTO, QUANTAS NEOPLASIAS?

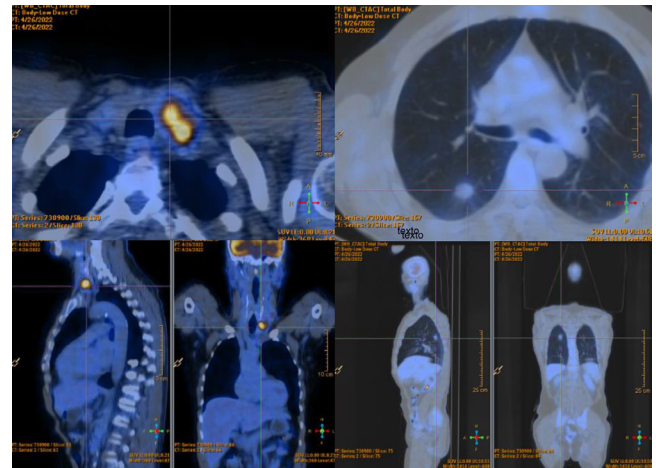
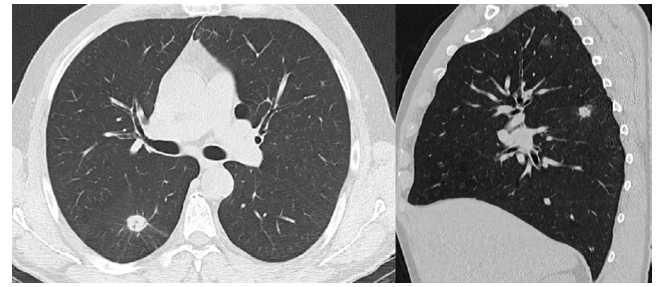
Patrícia Monteiro de Castro¹, Joana Rei¹, Cátia Silva¹, José Miranda¹, Raquel Pereira², Fátima Neves¹, Miguel Guerra¹

¹Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho. ²Hospital de Braga.

Introdução: A ressecção pulmonar por lobectomia é considerada o *gold standard* para pacientes com estadios iniciais de CPNPC. Recentemente, o interesse em ressecções poupadoras de parênquima aumentou, principalmente devido à preservação do parênquima pulmonar e da função pulmonar, reduzindo a morbilidade pós-operatória, sem comprometer o resultado oncológico. As indicações frequentemente utilizadas para uma segmentectomia pulmonar incluem tumores periféricos com menos de 2 cm de diâmetro localizados dentro dos limites segmentares anatómicos.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 57 anos, ex-fumador. Apresentado à Cirurgia Torácica com o diagnóstico de adenocarcinoma invasor TTF1+ CK7+ pulmonar no segmento superior do lobo inferior direito - cT1bN0M0 e carcinoma papilar da tiróide síncrono. Após discussão multidisciplinar, optou-se por realizar a cirurgia pulmonar em primeiro tempo. O doente apresentava na tomografia por emissão de positrões (PET) dois focos de captação anómala de ¹⁸F-FDG - um foco no lobo inferior direito e um foco no lobo esquerdo da glândula tiróide, com comportamentos funcionais dispare. Foram ainda identificadas várias densificações em vidro despolido de reduzidas dimensões nos andares superiores, sem captação na PET, interpretadas como alterações de natureza inflamatória. Atendendo ao tamanho e localização da neoplasia pulmonar, o doente foi submetido a segmentectomia anatómica do segmento 6. O resultado anatomo-patológico da peça operatória revelou: adenocarcinoma do segmento 6, pouco diferenciado (G3), com invasão da pleura visceral (PL1) e metástases intraparenquimatosas (2) - pT3N0M0 e no mesmo segmento uma metástase (foco de 0,4 mm) de carcinoma papilar da tiróide, a integrar no contexto de neoplasia simultânea

da tiróide. O doente foi posteriormente submetido a tireoidectomia, iniciou quimioterapia adjuvante com carboplatino + pemetrexed e por fim terapêutica com ¹³¹Iodo.



Discussão: O pulmão é um local frequente de metastização do carcinoma da tiróide. Este é um caso invulgar onde duas neoplasias síncronas metalizam simultaneamente para o mesmo segmento pulmonar.

Palavras-chave: Adenocarcinoma. Metástases pulmonares. Ressecções sublobares.

PO102. HEMORRAGIA DA GLÂNDULA SUPRA-RENAL COMO APRESENTAÇÃO DE CANCRO DO PULMÃO METASTÁTICO

Catarina Giesta¹, João Rodrigues², João R. Inácio³

¹Centro Hospitalar Médio Tejo. ²Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central. ³Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: As lesões secundárias nas glândulas supra-renais são comuns nos doentes com cancro do pulmão. No entanto, a hemorragia espontânea destas lesões é extremamente rara. A sua apresentação clínica depende da gravidade da hemorragia, contudo a maioria dos casos descritos referem como sintoma mais comum dor dorsal ou dor abdominal. O diagnóstico é confirmado por exames de imagem. O tratamento difere consoante a gravidade da hemorragia, podendo ser de suporte ou até adrenalectomia.

Caso clínico: Homem de 55 anos, fumador (35 unidades maços/ano), que recorreu serviço de urgência por dor torácica posterior e dor lombar esquerda com 5 dias de evolução. O doente negou história de trauma e não foi documentado nenhum antecedente pessoal relevante. Realizou TC toraco-abdominal que revelou uma lesão espiculada no lobo superior esquerdo e lesão nodular em ambas as glândulas supra-renais, associado a hematoma perilesional no lado esquerdo. Considerando que o hematoma estava provavelmente associado a uma lesão metastática hemorrágica de neoplasia pulmonar primitiva, optou-se por biópsia guiada por TC

da lesão da supra-renal sangrante com intuito diagnóstico e de estadiamento. Posteriormente, revelou tratar-se de metástase de adenocarcinoma pulmonar. Durante o internamento o doente manteve-se hemodinamicamente estável e necessitou apenas de terapêutica para controlo da dor (paracetamol e anti-inflamatórios não esteróides). Não foram necessárias mais intervenções para gerir a hemorragia.

Discussão: Apesar de raro a hemorragia adrenal pode ocorrer nos doentes com metástase supra-renais. Destaca-se no caso clínico apresentado, a hemorragia como a primeira manifestação de cancro do pulmão, tornando o seu diagnóstico ainda mais desafiante. Salientamos ainda o papel essencial da Imagiologia de intervenção para o diagnóstico e estadiamento.

Palavras-chave: Hemorragia supra-renal. Adenocarcinoma pulmonar. Biópsia supra-renal guiada por TC.

PO103. MYOSITIS - AN ADVERSE EFFECT OF OSIMERTINIB

Francisco Henriques, Christine Costa, Maria João Silva, Salvato Feijó

Centro Hospitalar de Leiria.

Introduction: Osimertinib is a third-generation EGFR-TKI active against exon 19 and 21 mutations as well as the T790M mutation. Diarrhoea, rash, dry skin, nail toxicity, stomatitis and decreased appetite are between the most common adverse reactions to Osimertinib. Myositis has been reported as a side effect in less than one percent of patients.

Case report: The authors present a case report of an 82-year-old, never smoker female diagnosed with lung adenocarcinoma with pleural metastasis (stage IVA - T3N0M1a), PDL-1 negative (0%) and EGFR-positive (exon 19). The patient started targeted therapy with osimertinib 80 mg with partial response (RECIST 1.1) and no significant side effects. The patient maintained regular follow-up with laboratory and imaging studies with no relevant changes. At 27 months of therapy, there was a slow and progressive tumour increase, but after discussion with the Oncology team, the patient was kept on osimertinib. At 33 months the lab results showed an increase in creatine kinase (CK) to 552 U/L without any symptoms. This was attributed to atorvastatin and this drug was stopped. Two weeks later, the patient started feeling myalgias in the lower limbs and CK increased to 936 U/L. At that time, osimertinib was stopped and CK values returned to normal limits within 7 days. The drug was later reintroduced without any muscular symptoms and the CK kept between regular values.

Discussion: Although myositis may be due to several more common causes, namely statins' use, the authors report this case in order to highlight the importance of considering other causes in patients who are under therapy with osimertinib, even after several months.

Keywords: Osimertinib. Myositis.

PO104. UM LONGO RESPONDEDOR À IMUNOTERAPIA

Sofia Silva¹, Joana Duarte¹, Margarida Felizardo¹, Filipa Todo Bom¹, José Alberto Teixeira²

¹*Serviço de Pneumologia, Hospital Beatriz Ângelo.* ²*Departamento de Oncologia, Hospital Beatriz Ângelo.*

Introdução: KRAS é o oncogene mais frequentemente mutado nos carcinomas do pulmão não-pequenas células. A mutação G12C está presente em cerca 13% dos adenocarcinomas. Não há terapêutica-alvo aprovada em 1ª linha e o recrutamento para ensaios clínicos é encorajado.

Caso clínico: Homem de 58 anos, ex-fumador (40 UMA), PS 0. Diagnosticado com adenocarcinoma do pulmão estadio IV (metastização linfática abdominal e cervical), PD-L1 70% e estudo molecular com

mutação exon 2 G12C KRAS. Submetido a radioterapia cervical e iniciada 1ª linha de terapêutica com pembrolizumab. Após três meses, reavaliação com resposta parcial torácica e aumento ganglionar cervical e abdominal, sem agravamento clínico. Continuou imunoterapia, com diminuição de lesões à reavaliação seguinte. Sete meses depois, foi submetido a enterectomia segmentar urgente por obstrução intestinal por metastização peritoneal. Após restadiamento, assumida em reunião multidisciplinar oligoprogressão radicalmente tratada tendo-se decidido manter imunoterapia. Completou 47 ciclos com doença estável e suspendeu terapêutica. Ao 6º mês de vigilância, documentada recidiva mediastínica e intestinal. Realizou 6 ciclos de platino + pemetrexed, seguido de manutenção com pemetrexed. Após 2 ciclos, admitido por pneumonia obstrutiva com oclusão total do brônquio principal direito, sendo colocada prótese de silicose. Quatro anos após diagnóstico, mantendo PS 0, foi incluído em ensaio para KRAS(G12C) com sotorasib, falecendo cinco meses depois.

Conclusões: Apesar de doentes KRAS terem pior prognóstico, apresentámos o caso de um longo respondedor à imunoterapia, progredindo após suspensão de terapêutica aos 2,7 anos. Do caso, surgem como dúvidas se o doente manteria resposta clínica e imagiológica com extensão de pembrolizumab, o papel da avaliação metabólica por PET nestes casos e se, após progressão sem terapêutica, o reinício de imunoterapia seria apropriado. Os autores realçam a necessidade de ensaios clínicos para este subgrupo de doentes, independentemente do status KRAS, e para os doentes KRAS (G12C) com progressão após primeira linha terapêutica.

Palavras-chave: Adenocarcinoma. Imunoterapia. KRAS.

PO105. ADENOCARCINOMA PULMONAR E ACROMEGALIA - UMA ASSOCIAÇÃO INÉDITA?

Susana Pipa, Rita Queiroz Rodrigues, Ana Raquel Afonso, Líliliana Ribeiro, Teresa Gomes, Ana Isabel Loureiro

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro/Hospital de Vila Real.

Introdução: As síndromes paraneoplásicas ocorrem em cerca de 10% das neoplasias do pulmão, podendo preceder o diagnóstico da doença. A acromegalia, embora rara, está descrita em associação a neoplasia pulmonar. Contudo, não encontramos relatos na literatura da sua associação com adenocarcinoma pulmonar, que é o caso do nosso doente.

Caso clínico: Homem, 49 anos, fumador, antecedentes de linfoma cutâneo de grandes células B diagnosticado e tratado em 2015, sem evidência de recidiva até ao momento.

Por gonalgia bilateral e queixas álgicas e edema das mãos e pés foi avaliado por Ortopedia e Medicina Interna em hospital privado. Sem sintomas respiratórios ou constitucionais. Ao exame objetivo apresentava apenas aumento dimensional das mãos, dedos em baqueta de tambor, edema dos pés e joelhos. Da investigação realizada em ambulatório apresentava elevação da velocidade de sedimentação (24 mm/h), da fosfatase alcalina (211U/L), anticorpos antinucleares e fator reumatóide negativos. Realizou TC torácica que evidenciou massa de 55 mm no segmento posterior do lobo superior esquerdo, espiculada, repuxando a pleura costal, com características suspeitas de malignidade. Foi orientado para consulta de Pneumologia Oncológica por provável neoplasia pulmonar, tendo sido levantada a suspeita de acromegalia e osteoartropatia hipertrófica como síndromes paraneoplásicas. Realizou cintigrafia óssea que evidenciou alterações compatíveis. RMN cranioencefálica sem lesões ocupantes de espaço. Do estudo da massa pulmonar (biópsia transtorácica, broncoscopia, EBUS) confirmou-se adenocarcinoma pulmonar e os exames de estadiamento concluíram estadio IIB (cT3N0M0). Foi submetido a lobectomia superior esquerda por VATS uniportal. Após intervenção cirúrgica houve franca regressão dos sintomas articulares e acrais, mantendo apenas baquetamento digital.

Discussão: Este caso clínico relembra a possibilidade de apresentação de neoplasia pulmonar através de sintomas paraneoplásicos, destacando-se a acromegalia, que é pouco frequente. Além disso, torna-se interessante uma vez que não encontramos na literatura descrição desta manifestação em associação ao subtipo histológico adenocarcinoma do pulmão.

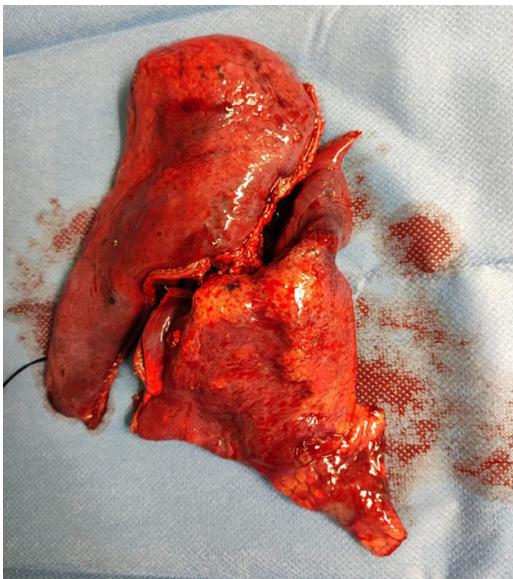
Palavras-chave: Adenocarcinoma do pulmão. Síndromes paraneoplásicas. Acromegalia. Osteoartropatia hipertrófica.

PO106. PECOMATOSE DIFUSA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Rita Gigante¹, Catarina Meireles², Patrícia Castro², José Miranda², Margarida Dias², Ana Barroso²

¹Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho, EPE. ²Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE.

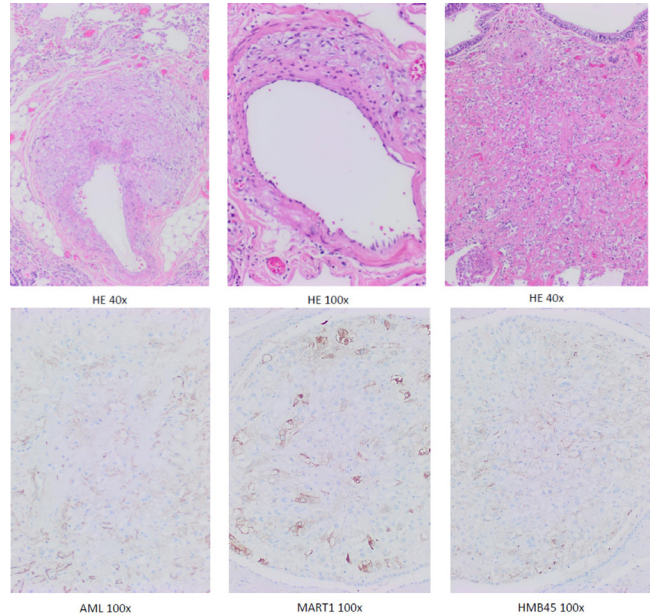
Introdução: Os tumores de células epitelioides perivasculares (PEComas), ocasionalmente associados ao complexo de esclerose tuberosa (TSC), são um grupo de tumores mesenquimatosos raros, compostos por células epitelioides com citoplasma eosinofílico claro, distribuição perivascular e imunorreatividade para marcadores melanocíticos e do músculo liso. No pulmão podem apresentar-se como linfangioleiomiomatose, tumor de células claras e, excepcionalmente, como PEComatose difusa.



Caso clínico: Mulher, 68 anos, com diagnóstico de TSC desde 2010. Esta patologia foi diagnosticada com base em crises convulsivas e alterações na ressonância magnética cerebral sugestivas de esclerose tuberosa, formações nodulares renais múltiplas e bilaterais sugestivas de angiomiolipomas e achados imagiológicos sugestivos de linfangioleiomiomatose. A doente apresentava em tomografia computadorizada (TC) torácica, pequenos quistos dispersos nos pulmões bilateralmente e opacidades em vidro despolido (VD) com nódulos centrilobulares localizadas na língua; estas alterações mantiveram-se sobreponíveis durante os 13 anos de seguimento em consulta de Pneumologia. Neste contexto, apresentou em TC torácica surgimento de área sólida subpleural associado às opacidades em VD. Optou-se por realizar biópsia pulmonar transtorácica dessa área, cuja histologia revelou aspetos morfológicos e imunohistoquímicos compatíveis com PEComa. A doente foi submetida a lobectomia superior esquerda. A histologia da peça cirúrgica demonstrou proliferação difusa e multifocal, intersticial, perivascular e luminal, de células redondas ou ovais de citoplasma clarificado, sem

atipia ou figuras de mitose, com co-expressão de marcadores musculares e melanocíticos, de tipo célula epitelióide perivascular, compatível com PEComatose difusa. Até ao momento, a doente encontra-se em vigilância e sem evidência de novas lesões.

Discussão: A cirurgia constitui o tratamento de eleição nos PEComas. Dada a escassez de informação na literatura associada à sua raridade, devem ser considerados tumores com potencial maligno incerto, sendo recomendada vigilância clínica prolongada. Este caso permite ainda alertar para a relevância do estudo de possíveis alterações que surjam em doentes com lesões de longa data.



Palavras-chave: PEComa. Pulmão. Esclerose tuberosa. Células epitelioides perivasculares.

PO107. QUANDO UM LEIOMIOMA UTERINO BENIGNO METASTIZA PARA O PULMÃO. RELATO DE UM CASO CLÍNICO

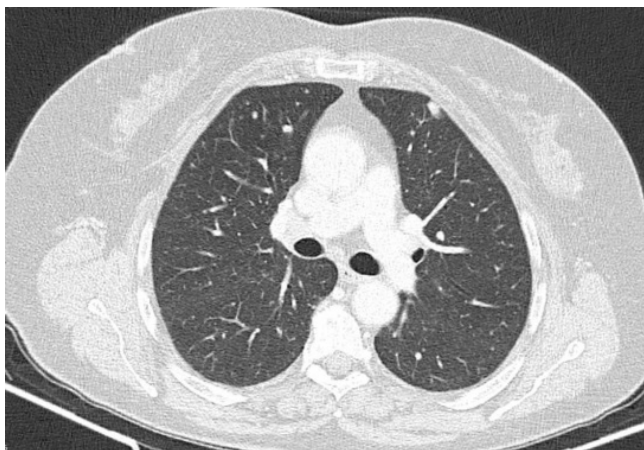
Joana Naia¹, Diana Pimenta¹, Anita Paiva², Rita Costa², Conceição Souto de Moura², Raquel Pereira¹, João Cruz¹, Lurdes Ferreira¹

¹Hospital de Braga. ²Centro Hospitalar Universitário de São João.

Introdução: O leiomioma benigno metastizante é uma condição rara que afeta mais frequentemente mulheres pré-menopáusicas com antecedentes pessoais de leiomioma uterino, que metastiza para locais fora do útero. Os locais mais frequentes de metastização são os pulmões, gânglios linfáticos, coração, músculo esquelético e cavidade pélvica. A metastização pulmonar é caracterizada por múltiplos nódulos bilaterais de diferentes tamanhos. A maioria dos doentes é assintomática ou apresenta sintomas inespecíficos.

Caso clínico: Apresenta-se uma mulher de 72 anos, não fumadora, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e dislipidemia, submetida a histerectomia total 30 anos antes devido a miomas uterinos. Apresentava antecedentes familiares de neoplasias malignas do pulmão, estômago e mama (irmãs). Foi referenciada para a consulta de Pneumologia por tosse seca com 1 mês de evolução. Sem outros sintomas nem alterações ao exame físico. A tomografia computadorizada de tórax demonstrou múltiplos pequenos nódulos pulmonares bem definidos. O estudo alargado realizado não mostrou alterações e não havia captação de 18F-FDG na PET. Após realização de biópsia transtorácica (que não foi representativa das alterações apresentadas), optou-se por biópsia cirúrgica, que reve-

lou alterações compatíveis com leiomioma metastizante. Após discussão em reunião multidisciplinar, a doente iniciou terapêutica com letrozole.



Discussão: A fisiopatologia desta condição continua por esclarecer, mas parece estar relacionada com disseminação de células uterinas por vasos sanguíneos ou linfáticos durante a cirurgia. No entanto, existem alguns casos em doentes não submetidos a intervenção cirúrgica. O diagnóstico requer história clínica, estudos imagiológicos e estudo anatomopatológico (combinado com estudo imunohistoquímico). O tratamento deve ser individualizado, dependendo da idade, presença de sintomas e localização e extensão das lesões. O tratamento cirúrgico é o mais eficaz. Apresenta-se este caso, uma vez que se trata de uma condição rara numa mulher pós-menopáusia, particularmente 30 anos após exérese cirúrgica. De ressaltar também a dificuldade no diagnóstico devido às pequenas dimensões dos nódulos pulmonares.

Palavras-chave: *Leiomioma metastizante benigno. Nódulos pulmonares.*

PO108. HIPERPLASIA DIFUSA IDIOPÁTICA DE CÉLULAS NEUROENDÓCRINAS - A PROPÓSITO DE UM CASO

Ana Craveiro, Eunice Magalhães, Maria La Valente, Maria de Jesus Valente, Diana Sousa, Sofia Lopes, Daniel Rocha

Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira.

Introdução: O espectro de proliferação de células neuroendócrinas pulmonares vai desde a hiperplasia reativa até ao carcinoma de pequenas células - incluindo entidades como os tumores carcinóides e a hiperplasia difusa idiopática (condição pré-neoplásica rara associada a risco aumentado de tumores carcinóides).

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 67 anos, fumador ativo, reformado de pedreiro e agricultor, com antecedentes de dislipidemia, encaminhado a consulta de Pneumologia por discreto agravamento da tosse diária habitual (por vezes produtiva, com expectoração mucosa) e emagrecimento involuntário, associado à deteção de alterações inespecíficas em TC-tórax. Com exame objetivo normal, realizou estudo funcional ventilatório (sem alterações) e videobroncoscopia (endoscopicamente normal) - com alveolite linfocítica no LBA (31% linfócitos, razão CD4/CD8 baixa) e pesquisa negativa de células neoplásicas. Manteve-se em vigilância e, em TC-tórax aos 6 meses, foram identificados, *de novo*, dois nódulos pulmonares no lobo inferior direito (LID), associados a espessamento pleural. Em PET/CT, com hipermetabolismo muito ligeiro em ambas as lesões. Repetida TC-tórax após meio ano, constatada estabilidade das lesões descritas e identificada nova área nodular, irregular, no segmento basal posterior do LID (em PET/CT com SUV máximo de 1,3). Optou-se pela realização de biópsia com exame extemporâneo e

resseção atípica de nódulos do LID. Em peça de anatomia patológica, obtidos dois diagnósticos - pneumonia organizativa multifocal (em relação com silicatos/retenção de pigmento de Antracose e silicatos bi-refrigerantes, que respondeu a corticoterapia) e hiperplasia idiopática de células neuroendócrinas em 3 lesões.

Discussão: Apresenta-se o caso pelos riscos a que se associa tal condição e por se considerar que a identificação e intervenção atempadas, quando exequíveis, continuam a ser das maiores armas disponíveis no campo da oncologia.

Palavras-chave: *Lesão pré-neoplásica. Hiperplasia idiopática de células neuroendócrinas. Tumor carcinóide.*

PO109. LINFOMA PRIMÁRIO DA EPIDURAL - UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE

Carolina da Silva Alves, Margarida Isabel Pereira, Vera Figueiredo, Cátia Araújo, José Pedro Boléo-Tomé, Fernando Rodrigues

Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca.

Introdução: O linfoma primário da epidural é uma entidade rara, correspondendo a cerca de 1% dos linfomas extranodais. Na maior parte dos casos localiza-se na região torácica, sendo a toracalgia habitualmente a primeira manifestação clínica, e os sintomas neurológicos surgem posteriormente. Quando a manifestação é por derrame pleural, está associado a pior prognóstico.

Caso clínico: Mulher de 67 anos, com história de depressão major, recorreu ao serviço de urgência por toracalgia pleurítica esquerda com seis meses de evolução, acompanhada de perda ponderal de 2 kg. Na radiografia de tórax apresentava derrame pleural à esquerda. A tomografia computadorizada (TC) de corpo revelou derrame pleural esquerdo, com espessamento da pleura mediastínica esquerda, que se estendia por três buracos de conjugação ipsilateralmente, condicionando desvio da medula. A toracocentese revelou líquido pleural do tipo exsudado linfocítico, com citologia e microbiologia negativas. As biópsias pleurais "cegas" foram negativas para neoplasia. Realizou toracoscopia médica, tendo-se observado nódulos eritematosos na pleura mediastínica, cuja biópsia foi compatível com inflamação. Procedeu-se a biópsia pleural guiada por TC de tórax, que revelou inflamação. Foi decidido em Reunião Multidisciplinar de Pulmão manter a doente em vigilância e sob analgesia. No entanto, por paraparesia realizou uma ressonância magnética que identificou uma massa epidural, que se estendia de D3 a D5, com invasão dos buracos de conjugação D4-D6 à esquerda. Foi realizada laminectomia de D3 a D6, que revelou linfoma B com diferenciação plasmocitária focal. Um ano após terapêutica anti-tumoral mantém-se livre de doença e recuperou a força muscular.

Discussão: Este caso clínico constituiu um desafio diagnóstico pela sua raridade e dificuldade em obter uma amostra tecidual satisfatória. Na presença de derrame pleural com espessamento da pleura mediastínica, deve levantar-se a hipótese diagnóstica de doença linfoproliferativa, especialmente da epidural quando ocorre invasão de buracos de conjugação sem destruição óssea.

Palavras-chave: *Linfoma. Derrame pleural. Espessamento pleural. Epidural.*

PO110. AFINAL NÃO ERA SÓ ASMA: UM CASO CLÍNICO DE PERINEURIOMA ENDOTRAQUEAL

Valeria Maione¹, Maria Bragança¹, Inês Macedo¹, Ana Dias¹, Paula Pinto¹, Cristina Bárbara¹

¹Departamento do tórax, Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte.

Introdução: A dispneia e a disфонia são sintomas inespecíficos e raramente caracterizados pelos doentes. O agravamento da dispneia no doente asmático deve sempre ser valorizado, especialmen-

te quando associado a sintomas atípicos e frequentemente não associados à asma.

Caso clínico: Mulher de 84 anos, não fumadora, reformada de auxiliar de ação médica. A destacar dos antecedentes pessoais hipertensão arterial controlada e asma brônquica com diagnóstico em idade adulta. Medicada habitualmente com lisinopril + hidroclorotiazida e formoterol + budesonida. Inicialmente observada pelo médico de família por quadro de dispneia com 3 meses de evolução, foi otimizada terapêutica broncodilatadora com aumento da dose do formoterol + budesonida e introdução de brometo de tiotrópio. Perante ausência de resposta clínica com manutenção de dispneia e após início de queixas de disфония com uma semana de evolução, foi realizada TC tórax a evidenciar volumosa lesão endotraqueal a condicionar marcada redução da permeabilidade luminal. Negava tosse, febre, perda ponderal e outros sintomas constitutivos. Assim, a doente foi internada no serviço de Pneumologia para realização de abordagem endobrônquica, tendo sido realizada broncoscopia rígida, com remoção de lesão endotraqueal a 3 cm da carina, sem complicações imediatas. No exame histológico evidenciou-se presença de células fusiformes imersas numa matriz colagénica, com imunohistoquímica a evidenciar positividade para EMA, com restantes marcadores negativos (CD34, S100, desmina e actina), favorecendo diagnóstico de perineurioma. Foi encaminhado para o Hospital Dia de Pneumologia Oncológica para seguimento.

Discussão: O perineurioma é uma neoplasia benigna rara, mais frequente nas mulheres em idade adulta. A maioria dos casos apresenta-se com envolvimento cutâneo ou do trato digestivo (estômago e cólon), sendo descritos em literatura raros casos de envolvimento endobrônquico ou endotraqueal.

Palavras-chave: Perineurioma. Endotraqueal. Dispneia.

PO111. METASTIZAÇÃO ATÍPICA NA PAREDE TORÁCICA

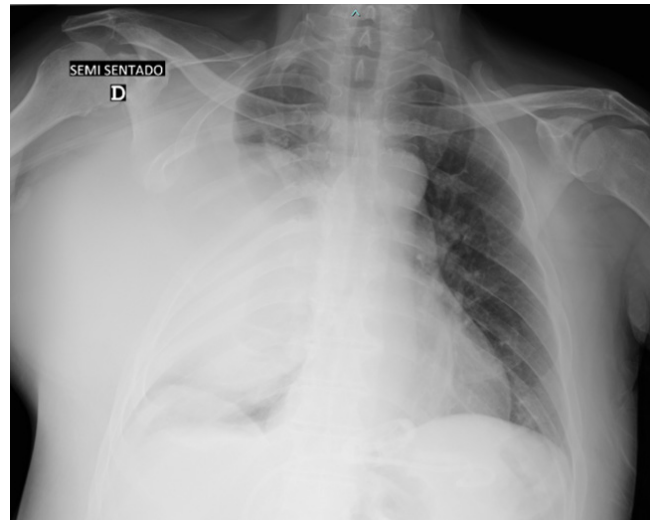
Sofia Lopes, Mafalda Batista, Sara Martins, Inês Vicente, Maria de la Salette Valente

Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira, Covilhã.

Introdução: As massas torácicas podem ser detetadas incidentalmente, em doentes assintomáticos, ou manifestar sintomas devido à compressão dos tecidos e órgãos subjacentes.

Caso clínico: Homem, 57 anos, não fumador, com antecedentes de cirurgia bariátrica (banda gástrica). Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro, com 2 meses de evolução, de tumefação infra-axilar direita, com aumento dimensional progressivo, anorexia, astenia e perda ponderal não quantificada. Referia, ainda, dispneia para pequenos esforços e toracalgia em ortostatismo. Sem queixas de disfagia ou outros sintomas gastrointestinais (GI). Ao exame objetivo apresentava volumosa massa na parede torácica direita, de consistência pétreo, aderente aos planos profundos. Analiticamente com: anemia normocítica normocrômica, aumento de LDH 765 U/L, PCR 18,5 ng/mL e insuficiência respiratória tipo 1. A radiografia torácica demonstrou opacidade ovalar nos 2/3 inferiores do campo pulmonar direito, com extensão extra-torácica. O doente ficou internado no Serviço de Pneumologia com suspeita de neoplasia torácica, eventualmente sarcoma. A TC toracoabdominal comprovou volumosa massa de tecidos moles, 18cm, heterogénea, com componente intra e extra-torácico, condicionado destruição de arcos costais e colapso pulmonar à direita, bem como um espessamento parietal da porção distal do esófago que motivou a realização de endoscopia digestiva alta. Foi efetuada biópsia percutânea torácica cuja histologia foi compatível com adenocarcinoma (ADC) de origem indeterminada, TTF1 negativo. Ao nível do esófago distal e junção esofagogástrica observada neoplasia invasiva ulcerada a ocupar > 75% do lúmen, cujas biópsias foram compatíveis com ADC. O estadiamento foi complementado com PET-TC com FDG e TC cerebral. Em reunião multidisciplinar de tumor digestivos foi estabelecido o diagnóstico de ADC do esófago distal, estadio IV, com metastização óssea, gan-

glionar e para tecidos moles, e o doente foi proposto para quimioterapia paliativa.



Discussão: Partilhamos este caso pela apresentação atípica de neoplasia esofágica, com volumosa metástase da parede torácica que impulsionou o início da marcha diagnóstica, em doente sem sintomas GI.

Palavras-chave: Adenocarcinoma. Biópsia percutânea torácica. TTF1.

PO112. UMA CAUSA RARA DE DERRAME PLEURAL BILATERAL

Andreia Daniel¹, Maria Alvarenga Santos¹, Margarida Barata¹, Nídia Caires¹, Teresa Martín¹, Maria Inês Claro¹, Margarida Aguiar¹, João Maciel², Paulo Calvino², Nuno Gião³, Miguel Cistovão³, Eugénia Pinto³, Filipa Todo Bom¹

¹Serviço de Pneumologia, Hospital de Loures EPE. ²Serviço de Cirurgia Torácica, Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central. ³Departamento de Anatomia Patológica, Hospital de São José, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central.

Introdução: O mesotelioma é uma neoplasia rara associada à exposição ocupacional. Em 95% dos casos, a apresentação é unilateral, afetando em 60% o hemitórax direito.

Caso clínico: Mulher, 68 anos, ECOG performance-status 0, fumadora ativa (23 UMA). Internada para investigação de quadro consumptivo (perda ponderal de 20 kg em 12 meses), que evoluiu com tosse seca e dispneia. Sem história ocupacional relevante. Na admissão, auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído nas bases pulmonares com SpO₂ 94%. Radiografia de tórax mostrou derrame pleural bilateral, posteriormente confirmado por TC Tórax que evidenciou ainda adenomegalias mediastínicas e hilares direitas. Efetuada toracocentese com saída de 960 mL de líquido amarelado citrino compatível com exsudado (pH 7,9, glicose 108 mg/dL, LDH 134 UI/L) com predomínio células mononucleadas (75%). Exames citológico, bacteriológico e micobacteriológico foram negativos. A PET-TC mostrou captação em adenopatias hilares bilaterais e nos grupos 2R, 4R, 4L, 5, 7, sem captação na pleura ou lesões à distância. Realizou EBUS com punção dos gânglios 4R, 7 sem evidência de tecido de gânglio razão, pela qual, foi posteriormente submetida a videotoracoscopia esquerda com biópsia de complexo adenopático peri-arco aórtico, seguida de talcagem onde se constatou pulmão encarcerado à esquerda. Pós-operatório imediato favorável e ao 10º dia pós-operatório verificou-se quadro de insuficiência respiratória aguda com necessidade de entubação por exaustão respiratória. A Angio-TC Tórax descartou tromboembolismo pulmonar ou complicações cirúrgicas. Histologia foi compatível com mesotelioma maligno epitelióide. Admitiu-se complicação infecciosa tendo iniciado piperacilina/tazobactam. A evolução na UCI acabou por ser desfavorável, tendo acabado por falecer.

Discussão: A apresentação clínica do mesotelioma maligno com derrame pleural bilateral é incomum. Esta hipótese diagnóstica deve ser ponderada em doentes com clínica indolente e constitucional, mesmo sem outras alterações pleurais, como nódulos/massas ou espessamentos pleurais, mais específicas para malignidade.

Palavras-chave: Mesotelioma. Derrame pleural bilateral. Videotoracoscopia. Adenomegalias mediastínicas.

PO113. PSEUDOTUMOR INFLAMATÓRIO DO PULMÃO: UMA VERDADEIRA NEOPLASIA?

Margarida Melo Cruz, Ana Filipa Silva, Teresa Gomes, Ana Isabel Loureiro

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

Introdução: Os pseudotumores inflamatórios do pulmão são raros, e têm um comportamento habitualmente benigno, correspondendo a cerca de 0,7% dos tumores do pulmão. Ocorrem em doentes mais jovens e a sua etiologia e patogénese é desconhecida. Existe uma proliferação anormal de células inflamatórias, sendo que alguns autores defendem tratar-se de um processo neoplásico. Podem ocorrer em vários órgãos, mas o pulmão é habitualmente o mais frequente.

Caso clínico: Mulher de 63 anos, ex-fumadora de 25 UMA. Clínica de tosse, opressão torácica e pieira com 2 anos de evolução, tendo iniciado ICS/LABA com melhoria. Por recidiva dos sintomas foi orientada para consulta de Pneumologia. Do estudo realizado identificada hipotransparência nodular no LID na radiografia torácica, com a TC torácica a evidenciar nódulo pulmonar de 9 × 14 mm no LID e densificação nodular em vidro despolido na língula. Realizou broncofibroscopia que não revelou lesões endobrônquicas. A PET-FDG revelou captação a nível do nódulo do LID (SUV tardio 5,1) e em gânglios mediastínicos (paratraqueais superiores e inferiores direitos e subcarinal), com SUV máximo de 3,8 no gânglio paratraqueal direito. Realizou EBUS que não evidenciou sinais de malignidade e a histologia da BTT identificou alterações compatíveis com pseudotumor inflamatório. A doente foi submetida a lobectomia inferior direita em dezembro de 2021 e o exame anatomo-patológico confirmou o diagnóstico prévio, sendo a pesquisa de rearranjo do gene ALK negativa. Após discussão em reunião multidisciplinar foi decidida vigilância, que mantém atualmente.

Discussão: Os pseudotumores inflamatórios são uma entidade rara, cujo diagnóstico é por vezes difícil e só possível com a resseção/biópsia cirúrgica. A cirurgia é maioritariamente o tratamento de escolha, permitindo excluir malignidade. No caso de impossibilidade de realização de cirurgia, o tratamento poderá passar por radioterapia e corticoterapia sistémica. A recidiva é rara, mas existem casos descritos. Em cerca de 50% dos casos são identificados rearranjos do gene ALK.

Palavras-chave: Pseudotumor inflamatório. Oncologia.

PO114. UM DIAGNÓSTICO RARO DE UMA MASSA TORÁCICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Inês Fernandes Pedro, Gonçalo Moura Portugal, Mónica Pereira, Cristina Bárbara

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

Introdução: Os tumores fibrosos solitários (TFS) constituem uma neoplasia rara, sendo a maioria extratorácica e benigna. Os TFS da pleura podem constituir um achado incidental ou apresentar-se com sintomas inespecíficos.

Caso clínico: Homem, 88 anos. Ex-fumador de charutos, que suspendeu há 22 anos. História pessoal de hipertensão arterial e arritmia. Assintomático do ponto de vista respiratório, realiza radiografia de tórax pedida pelo médico assistente de Medicina Geral e Familiar que mostra hipotransparência no lobo inferior esquerdo. Pela suspeita de neoplasia pulmonar, realizada TC Tórax que revela massa na mesma localização, com contacto pleural e 8 cm de maior eixo. Assumida provável neoplasia maligna do pulmão, realizada videobroncofibroscopia (sem lesão endobrônquica; exploração com EBUS radial em subsegmento de B9 com visualização de imagem compatível com massa; anatomia patológica das biópsias sem neoplasia). Pela ausência de diagnóstico histológico, prosseguiu-se para biópsia transtorácica. Anatomia patológica compatível com TFS com origem pleural. Para estadiamento, realizados EBUS (gânglios nas estações 4L, 11L, 7 e 11R, com citologia aspirativa sem neoplasia); TC crânio-encefálica (sem metástases) e PET-TC (captação de radiofármaco apenas na lesão pulmonar, SUV máximo de 7). Discutido o caso em Reunião Multidisciplinar, ficando o doente proposto para cirurgia que se encontra a aguardar.

Discussão: O caso ilustra um diagnóstico raro perante uma massa torácica, com a particularidade do desafio diagnóstico pela necessidade de obtenção de múltiplas biópsias. Ainda que pelos exames de imagem os TFS sejam facilmente assumidos como uma neoplasia maligna, a maioria é benigna. Sendo a sua identificação e resseção precoces essenciais, o caso alerta para a importância da obtenção de material para exame imunohistoquímico, que permite a distinção entre esta neoplasia e mesoteliomas/outros sarcomas, sendo a morfologia e histologia preditores do curso clínico da doença. Apesar de a resseção ser curativa em muitos doentes, é necessário um *follow-up* a longo prazo, pela possibilidade de recorrência/malignização.

Palavras-chave: Tumor fibroso. Pleura. Neoplasia.

PO115. LINFANGIOSE CARCINOMATOSA: UMA CORRIDA CONTRA A DISPNEIA

Margarida Martins Guerreiro, Maria João Lúcio, Margarida Raposo, Ana Filipa Santos, Maria Luísa Oliveira, Eva Brysch, Fernando Nogueira

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

Introdução: Linfangiose carcinomatosa (LC) corresponde a cerca de 8% das neoplasias pulmonares metastáticas. Trata-se da disseminação através da vasculatura linfática pulmonar de neoplasias primárias

rias da mama, pulmão, estômago e cólon, em ordem decrescente de probabilidade. Afeta maioritariamente sexo masculino, idades entre 40 a 49 anos.

Caso clínico: Homem, 55 anos, recorreu ao SU com quadro de dispneia progressiva, cansaço para mínimos esforços e tosse seca. Ao exame objetivo apresentava hipoxemia, crepitações dispersas, sibilância e hipocratismos digitais. Antecedentes pessoais a realçar adenocarcinoma gástrico, a aguardar decisão terapêutica. Não fumador, possuía duas catatas, sem referência a contacto com outros pneumopulventes. Sem alterações analíticas. TC tórax realizada inicialmente mostrava “extensas áreas de densificação em vidro despolido e edema intersticial bilateral, inespecífico, possível relação com doença pulmonar intersticial, nomeadamente pneumonia de hipersensibilidade”. Iniciou corticoterapia e oxigenoterapia, tendo alta referenciado a consulta de Interstício. Broncofibroscopia revelou ausência de lesões endobrônquicas e lavado bronco-alveolar mostrou: linfocitose 64%, CD4/CD8 1,42, exame bacteriológico e BAAR negativo; citologia negativa. Realizou PFR com resultado inconclusivo, redução grave da DLCO. Um mês depois repetiu novamente TC Tórax que evidenciou “alteração da transparência multisegmentar em ambos os pulmões com áreas em vidro despolido, acompanhando-se de espessamento septal muito significativo. São de difícil interpretação, no entanto não devem estar em relação com uma doença intersticial ou infecciosa. Dado contexto neoplásico é provável tratarem-se de alterações de linfangiose carcinomatosa”. Proposto para criobiópsia que acabou por não realizar dado agravamento clínico com necessidade de internamento por intercorrência infecciosa, vindo a falecer neste contexto.

Discussão: LC constitui uma doença subdiagnosticada uma vez que, dado padrão intersticial de acometimento pulmonar, outros diagnósticos diferenciais são primariamente considerados. Contudo, torna-se importante enquanto clínicos com espírito crítico, pensar nesta entidade diagnóstica, principalmente nos doentes com neoplasias conhecidas e cujos sintomas respiratórios não melhoram com a terapêutica habitual, apresentando declínio rápido e com pobre prognóstico.

Palavras-chave: Dispneia. Hipoxemia. Adenocarcinoma gástrico. Linfangiose carcinomatosa. Disseminação linfática.

PO116. DERRAME PERICÁRDICO COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE ADENOCARCINOMA DO PULMÃO. UM CASO CLÍNICO

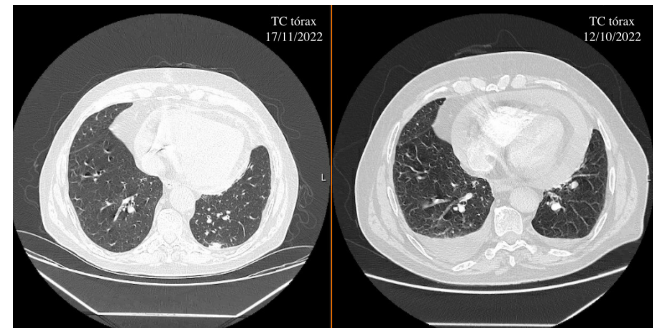
Andressa Lira¹, Paula Nascimento², Valentina Tosatto², Alexandra Borba¹

¹Serviço de Pneumologia do Hospital de Santa Marta. ²Serviço de Medicina do Hospital de Santa Marta.

Introdução: O derrame pericárdico maligno deve-se habitualmente a envolvimento secundário, sendo as neoplasias do pulmão os tumores primários mais frequentemente envolvidos. Raramente representa a primeira manifestação da doença, sendo habitualmente diagnosticado acidentalmente em exames de imagem ou post-mortem.

Caso clínico: Homem de 84 anos, ex-fumador de 30 UMA, com história de Linfoma de Burkitt (controlado, apenas em vigilância). Recorreu à urgência por dispneia, ortopneia e toracalgia com dois dias de evolução, sem febre. À observação: polipneico, hipotenso, com sons cardíacos hipofonéticos e taquicardicos, murmúrio vesicular rude, membros inferiores sem edemas, sem refluxo hepatojugular. Gasimetricamente com acidemia metabólica e hiperlactacidemia; analiticamente com elevação de parâmetros inflamatórios e d-dímeros, com restantes parâmetros de coagulação normais e marcadores de necrose miocárdica negativos. Eletrocardiograma com complexos QRS de baixa voltagem e taquicardia sinusal. Realizou angio TC-tórax que evidenciou derrame pericárdico com 2,2 cm de espessura associado a derrame pleural bilateral de pequeno vo-

lume. Sem lesões parenquimatosas identificadas e sem evidência de tromboembolismo pulmonar. Realizou ecocardiograma que confirmou tamponamento cardíaco, pelo que realizou pericardiocentese urgente, com franca melhoria. O líquido drenado era compatível com exsudado e a análise citológica positiva para células neoplásicas, com imunohistoquímica compatível com adenocarcinoma de origem pulmonar (PDL1 > 50%). Uma nova TC-tórax, realizada um mês após o internamento por novo agravamento clínico evidenciou apenas um nódulo sólido subpleural (15 mm) no lobo inferior esquerdo, de novo comparativamente ao estudo prévio. Foi proposto para imunoterapia que não chegou a realizar por agravamento clínico, acabando por falecer 47 dias após a primeira observação.



Discussão: O derrame pericárdico maligno pode surgir em até 10% dos doentes com neoplasia maligna do pulmão, sendo habitualmente assintomático. Em casos raros apresenta-se como a manifestação inicial da doença neoplásica, associando-se a um mau prognóstico. Trata-se portanto de um caso raro, com a singularidade de a lesão primária não ser identificável imagiologicamente.

Palavras-chave: Adenocarcinoma do pulmão. Derrame pericárdico maligno. Tamponamento cardíaco.

PO117. HIPEREOSINOFILIA COMO MANIFESTAÇÃO PARANEOPLÁSICA NO CARCINOMA DO PULMÃO DE NÃO PEQUENAS CÉLULAS

Mariana Marçal, Joana Patrício, David Noivo, Joana Simões, Margarida Castanho, Paula Duarte

Centro Hospitalar de Setúbal.

Introdução: A hipereosinofilia define-se como duas contagens de eosinófilos no sangue periférico ≥ 1.500 , avaliadas com um intervalo mínimo de um mês. A hipereosinofilia paraneoplásica resulta da proliferação não clonal de eosinófilos, sendo uma manifestação rara em neoplasias sólidas (1%).

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um doente de 71 anos, ex-fumador (20 UMA), com doença cardiovascular e doença renal crónica estadio V. Recorreu ao serviço de urgência por quadro com semanas de evolução de toracalgia direita, astenia, anorexia e vómitos. À admissão destacava-se hipotensão e diminuição do murmúrio vesicular à direita. A TC tórax evidenciou extenso derrame pleural direito com obstrução do brônquio principal homolateral. O doente foi submetido a toracocentese diagnóstica e evacuadora que revelou exsudado com exame bacteriológico negativo e sem células neoplásicas. Analiticamente apresentava leucocitose (pico de 19.600/ml) e eosinofilia, que variou entre 20,2 e 40,3% (máximo de 7.918 células/uL). Apesar da antibioterapia, evoluiu com derrame pleural recidivante e realizou videobroncofibroscopia com sinais indiretos de neoplasia mas biópsias brônquicas sem tecido neoplásico. A PET-FDG revelou espessamento hipermetabólico da pleura (SUV_{máx} 18,7), com extenso envolvimento adenopático e ósseo. Realizadas biópsias pleurais cegas com agulha de rammel com diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão (CK7+, TTF1+, Calretinina- e D2-40-). Foi efetuado estudo etiológico da hipereosinofilia com ex-

clusão das causas mais comuns, confirmando a natureza reativa como mecanismo mais provável. O doente apresentou evolução clínica desfavorável, sem possibilidade de início de terapêutica anti-tumoral, tendo falecido 23 dias depois do diagnóstico.

Conclusões: O caso clínico ilustra uma manifestação secundária rara de adenocarcinoma do pulmão que se associa a mau prognóstico e rápida progressão da doença. Vários estudos sugerem como mecanismo mais provável a produção local de citocinas (IL-5) por células tumorais. O tratamento da neoplasia subjacente resolve habitualmente a hipereosinofilia.

Palavras-chave: Hipereosinofilia. Adenocarcinoma do pulmão.

PO118. LUNG SARCOMATOID CARCINOMA - A CHALLENGING DIAGNOSIS

Sónia Silva Guerra, Joana Correia, Ana Teresa Belo

CHTV.

Introduction: Lung sarcomatoid carcinoma is a rare and aggressive type of lung cancer. It is more frequent in male, especially in heavy smokers. Diagnosis and treatment may be challenging and, in most cases, associated with a poor prognosis.

Case report: We present a case of an 80-year-old male with a past medical history of asthma, glaucoma, prostatic benign hyperplasia and hypertension. He was also a former smoker (7 pack-year). He presented to the emergency room with a left upper chest pain that started 5 months earlier. Additionally, he reported non-productive chronic cough and denied other symptoms. The patient's chest X-ray showed a round upper left lobe cavitated opacity. The chest-CT scan confirmed the presence of this lesion - suggesting high probability of tuberculosis, and also revealing a 28 mm right kidney lesion. Further complementary exams - bronchoscopy had no alterations and bronchoalveolar lavage microbiological and cytological examination were negative - they were repeated and not conclusive. A PET-Scan was performed - showing a hypermetabolic lesion in the upper left lobe with several others: bilateral mediastinal lymph nodes, paraspinal muscles, bone, and cardiac apex lesions, compatible with metastatic lesions. A left supraclavicular lymph node was excised for biopsy (not conclusive) and a muscle biopsy was performed revealing the diagnosis of lung sarcomatoid carcinoma. The patient was referred to a multidisciplinary therapeutic decision team and given the advanced disease and clinical deterioration he is now under palliative support care.

Discussion: Unfortunately, this patient's case represents a very challenging situation - not only we faced a difficult diagnosis but also there are limited therapeutic options.

Keywords: Sarcomatoid cancer. Lung.

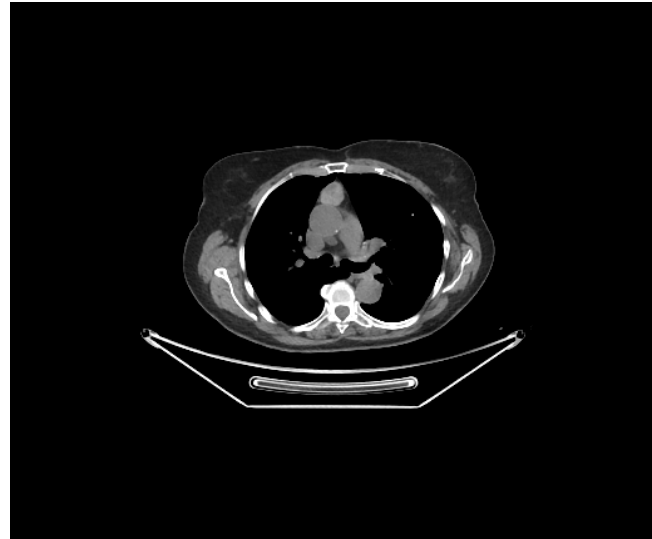
PO119. A PROPÓSITO DE UMA LESÃO DO MEDIASTINO

Rita Queiroz Rodrigues, Sara Raimundo, Teresa Gomes, Ana Isabel Loureiro

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

Caso clínico: Mulher de 82 anos, autónoma, ex-fumadora, com antecedentes de hipertensão, dislipidemia e síndrome vertiginosa, apresentava dispneia e sensação de “plenitude” torácica com cerca de 3 anos de evolução. Em 10/2020 foi solicitada TC tórax nos Cuidados de Saúde Primários, que revelou uma lesão nodular do mediastino anterior (43 mm maior eixo), bem como nódulo na hemitiróide esquerda, ficando em vigilância. Pelo agravamento progressivo dos sintomas, foi enviada para consulta hospitalar em 05/2022. Não apresentava sintomas de novo, exame objetivo sem alterações, radiografia torácica sem alterações. Hemograma, bioquímica com função hepática e renal, função tiroideia e eletrofo-

rese de proteínas séricas normais. Provas funcionais respiratórias normais. Pedida PET-CT que evidenciou massa no mediastino anterior com captação anómala de FDG; captação aumentada em gânglios paratraqueais. Colocadas como principais hipóteses timoma com envolvimento ganglionar ou linfoma. Realizado EBUS-TBNA, identificando-se adenopatia paratraqueal direita (2R), cuja citologia mostrou linfadenite reativa inespecífica. Discutido caso com cirurgia torácica, tendo sido submetida a ressecção cirúrgica da lesão - documentada massa nacarada hipervascularizada no mediastino anterior, cuja histologia mostrou nódulo de parênquima tiroideu, com representação de uma glândula paratiróide sem alterações valorizáveis. Portanto, diagnóstico de nódulo colóide tiroideu em localização ectópica. Doente atualmente assintomática, orientada para consulta de endocrinologia.



Discussão: Habitualmente, o tecido tiroideu no mediastino corresponde a extensão intratorácica da glândula cervical. Neste caso, trata-se de um verdadeiro caso de ectopia, não havendo continuidade entre a tiróide e o tecido ectópico. Realça-se também a ectopia conjunta de uma paratiróide. A tiroide ectópica é uma alteração embriológica rara, ainda menos frequente no mediastino. A maioria dos doentes com tiróide ectópica são eutiroideos e assintomáticos, no entanto podem surgir sintomas em resultado de compressão, como no caso descrito. Destaca-se a raridade desta entidade, assim como a importância de ser considerada no diagnóstico diferencial de massas do mediastino anterior.

Palavras-chave: Massa mediastino anterior. Neoplasia. Tiroide.

PO120. OSTEONECROSE DA MANDÍBULA COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DO CANCRO DO PULMÃO

Raquel Paulinetti Camara^{1,2}, Miguel Barbosa^{1,2}, Kelly Lopes^{1,2}, Paulo Mota¹, Carla Simão¹, Telma Sequeira¹, Teresa Almodovar¹

¹Departamento de Pneumologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil. ²Departamento de Pneumologia, Hospital Nossa Senhora do Rosário - Centro Hospitalar Barreiro-Montijo.

Introdução: A patologia estomatológica é muito frequente em Portugal e é comum a extração de várias peças dentárias, por vezes com evolução para abscessos ou osteomielite com osteonecrose. Os autores apresentam um caso de osteonecrose de mandíbula como apresentação de cancro do pulmão.

Caso clínico: Mulher de 72 anos, não fumadora, antecedentes de HTA, hérnia do hiato e osteoporose medicada com bifosfonatos. Em maio de 2020, por odontalgia recorre ao seu dentista, são-lhe extraí-

das várias peças dentárias e posteriormente apresenta vários abscessos dentários tratados com múltiplos cursos de antibioterapia. Desde janeiro 2022 apresenta abaulamento progressivo do corpo mandibular direito e paresia de V3 direito. A 21/3/2022 é internada no IPO Lisboa por osteonecrose da mandíbula direita, sendo submetida a excisão + curetagem óssea. A biópsia óssea revela infiltração por adenocarcinoma de origem pulmonar, PD-L1 negativo, translocação ALK. Realiza TC-toraco-abdominal onde se identifica no pulmão direito: densificação subpleural no lobo inferior (LID) (33 × 24 mm), linfangiose, área de consolidação por preenchimento alveolar (35 mm) no lobo superior, derrame pleural, adenopatias mediastínicas e cervicais e lesões ósseas L4, D8 e D9. A PET-TC revela captação no nódulo do LID (SU-Vmax 10,1); mandíbula à direita (SU-Vmax 11,4), coluna cervical (SU-Vmax 10,2), D8-D9 (SU-Vmax 10,5), L4 (SU-Vmax 11,7), fémur esquerdo (SU-Vmax 5,9) e múltiplas adenopatias. Foi submetida a radioterapia paliativa D8D9L4 de 23-27/5/2022. Internada a 24/6/2022 por compressão medular sem indicação cirúrgica, pelo que realizou radioterapia D7-D10 (20 Gy/5fr. 01-07/07/2022) e corticoterapia. Iniciou alectinib a 27/6/2022, mas acabou por falecer por progressão de doença ao 38º dia de internamento.

Conclusões: A osteonecrose da mandíbula pode ocorrer após extração de peças dentárias ou administração de bifosfonatos. O caso apresentado sugeria tratar-se da evolução natural da doença estomatológica, pelo que o diagnóstico de cancro do pulmão foi inesperado e tardio. Após avaliação global da doente, verificou-se uma extensa metastização, o que nos faz questionar se a doente não teria já previamente outros sintomas que não foram valorizados atempadamente.

Palavras-chave: Adenocarcinoma. Metástase. Osteonecrose. Mandíbula.

PO121. OBSTIPAÇÃO EM DOENTES ONCOLÓGICOS PARA ALÉM DOS OPIÓIDES

Raquel Paulinetti Camara^{1,2}, Kelly Lopes^{1,2}, Miguel Barbosa^{1,2}, Carla Simão¹, Paulo Mota¹, Telma Sequeira¹, Teresa Almodovar¹

¹Departamento de Pneumologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil. ²Departamento de Pneumologia, Hospital Nossa Senhora do Rosário - Centro Hospitalar Barreiro-Montijo.

Introdução: A obstipação é uma realidade frequente nos doentes oncológicos associada muitas vezes à medicação analgésica com opióides. Saber identificar precocemente sinais de alarme para problemas mais complexos requer um elevado grau de suspeição e ensino dos doentes para o reportar atempadamente.

Caso clínico: Homem, 63 anos, ex-fumador (90 UMA), sem antecedentes relevantes. Por astenia e tosse produtiva realizou TC-tórax (17/09/2021) que revelava massa com 6 cm no lobo superior direito (LSD). Broncofibroscopia (24/09/2021) mostrou estenose concêntrica no B2bD. Biópsias brônquicas positivas para adenocarcinoma do pulmão, PD-L1 negativo, NGS sem mutações alvo. RM-CE sem lesões ocupantes de espaço. PET-TC (15/10/2021): massa LSD (SU-Vmax = 10); adenopatia hilar direita (SU-Vmax = 6) e 2R-4R (SU-Vmax = 3,6), ósseas: esterno (SU-Vmax = 11), 6a costela esquerda (SU-Vmax = 12), L2 (SU-Vmax = 12), L5 (SU-Vmax = 9), sacro (SU-Vmax = 11), D10 (SU-Vmax = 4) e acetábulo direito (SU-Vmax = 4). Classificado como estadió IVB, PS1W0. Iniciou quimio-imunoterapia com platino, pemetrexedo e pembrolizumab (30/11/2021) e RT paliativa sobre L2, L5 e sacro (20 Gy 5fr 22-26/11/2021). Internado de 10-17/01/2022 por diarreia assumida de etiologia imune, apresentando melhoria com corticoterapia sistémica. A 24/01/2022 por vômitos e paragem de emissão de gases e fezes é novamente internado. Entubação nasogástrica com saída de conteúdo fecalóide, TC-abdominal confirmou oclusão intestinal mecânica por metastização peritoneal múltipla, múltiplos nódulos hepáticos e colapso parcial de várias vértebras (D10, L2, L5 e primeiras sagradas). Operado a 28/01/2022 (*bypass*

jejuno-jejunal), teve alta a 02/02/2022. Foi re-admitido a 3/3/2022 por dor não controlada com terapêutica médica de ambulatório e acabou por falecer por progressão de doença a 11/3/2022.

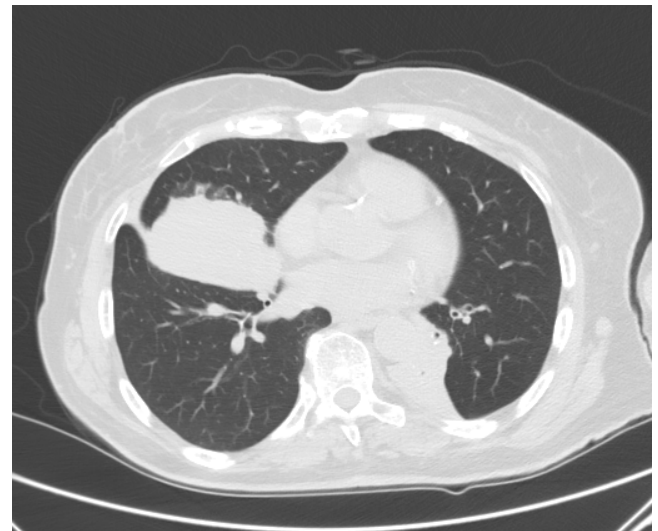
Conclusões: Os doentes oncológicos apresentam vários desafios para além da gestão da terapêutica dirigida ao tumor. São cada vez mais complexos com sintomas da própria doença, mas também com mais efeitos adversos medicamentosos, pelo que temos de estar atentos às intercorrências mais frequentes, mas também despertos para fenómenos mais raros como o caso da oclusão intestinal mecânica por metástases peritoneais.

Palavras-chave: Oclusão intestinal. Cancro do pulmão. Metastização. obstipação.

PO122. DESAFIO DIAGNÓSTICO DE UMA MASSA PULMONAR

Rita Queiroz Rodrigues¹, Sara Raimundo¹, Patrícia Ferraz², Teresa Gomes¹, Ana Isabel Loureiro¹

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. ²Serviço de Hematologia, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro.



Caso clínico: Mulher de 81 anos, autônoma, não fumadora, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia. Recorreu à urgência por expetoração hemoptoica com 1 semana de evolução, associada a dispneia de agravamento progressivo e perda ponderal. Objetivamente, apirética, SpO₂ 95%, com crepitações na base pulmonar direita. Analiticamente sem elevação de parâmetros inflamatórios; Radiografia torácica com hipotransparência parahilar direita. TC-tórax com massa no lobo médio (LM) sugestiva de neoplasia, condicionando obliteração do brônquio LM, contactando estruturas hilares e extensão transcurial à região perihilar do lobo superior; brônquio principal esquerdo com conteúdo endobrônquico condicionando obliteração do brônquio lobar inferior esquerdo (BLIE) e atelectasia do LIE - possivelmente lesão síncrona. Adenopatias hilares e mediastínicas pericentimétricas. A broncofibroscopia revelou lesão endobrônquica infiltrativa com obstrução total do BLIE e 50% do brônquio lobar superior esquerdo e lesão infiltrativa hipervascularizada a obstruir totalmente o orifício do BLM, estendendo-se para o brônquio intermediário. Biópsias brônquicas compatíveis com bronquite inespecífica. PET-CT com hiper captação nas lesões pulmonares, gânglios hilares e baço. Biópsia transtorácica (BTT) da massa do LID favorável ao diagnóstico de hiperplasia linfóide nodular pulmonar. Em reunião multidisciplinar, decidida rebiópsia, sugestiva do mesmo diagnóstico. Após discussão com hematologia, realizou nova BTT, com imunofenotipagem que revelou envolvimento por doença linfoproliferativa de células B maduras e histologia compatível com linfoma folicular. Assim, diagnóstico de linfoma folicular do pulmão com envolvimento esplênico, estadio IV. Iniciado tratamento com prednisolona e quimioterapia.

Discussão: Os linfomas pulmonares consideram-se secundários quando a condição não é limitada ao pulmão e tem envolvimento ganglionar mediastínico ou disseminação extratorácica até 3 meses após o diagnóstico inicial, entidade presente ao diagnóstico em 4% dos casos de linfoma não-Hodgkin. Destaca-se o desafio diagnóstico deste caso de linfoma pulmonar, com necessidade de várias discussões multidisciplinares e amostras histológicas, assim como a importância da suspeição clínica e do envio das mesmas para imunofenotipagem.

Palavras-chave: neoplasia pulmonar. cancro do pulmão. linfoma folicular pulmonar.

PO123. SEMIOLOGIA DE UMA SEQUELA CIRÚRGICA. PNEUMOTÓRAX EXTRA-TORÁCICO

Raquel Paulinetti Camara^{1,2}, Miguel Barbosa^{1,2}, Kelly Lopes^{1,2}, Carla Simão¹, Paulo Mota¹, Telma Sequeira¹, Teresa Almodovar¹

¹Departamento de Pneumologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil. ²Departamento de Pneumologia, Hospital Nossa Senhora do Rosário - Centro Hospitalar Barreiro-Montijo.

Introdução: As complicações cirúrgicas são imprevisíveis, mas inerentes a qualquer procedimento e podem suceder nas mais diversas situações. A sua detecção através do exame físico é fundamental para orientar exames e solucionar problemas precocemente. Os autores descrevem um caso de pneumotórax intra e extra-torácico pós-cirúrgico.

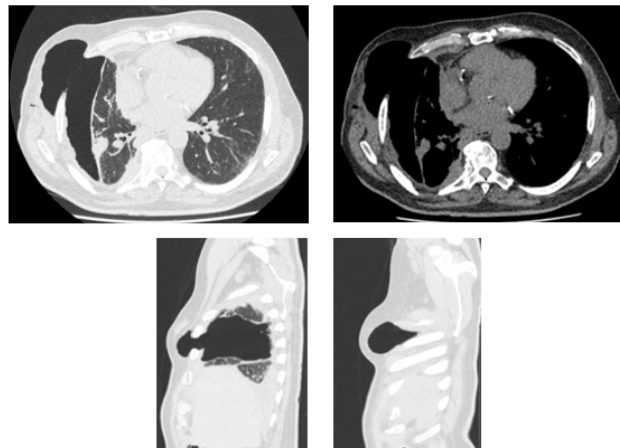
Caso clínico: Homem de 75 anos, ex-fumador (40 UMA), metalomecânico, antecedentes de HBP, HTA, arritmia paroxística, litíase vesicular, diverticulose, MGUS IgA (vigilância). Em janeiro 2022, por astenia realizou radiografia de tórax (RxT) que revelou derrame pleural bilateral. Toracentese: 1.800 mL líquido hemático, citologia com células mesoteliais reativas. TC-tórax (16/2/2022): massa espiculada lobo superior direito, 24 x 15 mm, derrame pleural, enfisema. Broncofibroscopia (4/3/2022): sinais inflamatórios, anatomia patológica (AP) negativa para neoplasia. Realizada nessa altura mini-toracotomia (29/4/2022) com descorticação pulmonar, biópsia da pleura e da massa pulmonar. AP: adenocarcinoma do pulmão, PD-L1 15%. A RxT pós-cirúrgica, apresentava duas hipotransparências arredondadas

direitas, que não respeitavam os limites da grelha torácica, tendo sido interpretadas como falsas imagens. Na avaliação posterior em consulta, verificou-se aumento volumétrico dinâmico na inspiração profunda, de região circunscrita na face anterior do hemitórax direito, com 9 x 6 cm, que regredia na expiração e manualmente, indolor. TC-toraco-abdómino-pélvica (25/5/2022) revelou volumoso pneumotórax loculado direito, externo e interno (9 cm). Foi colocado dreno torácico com esvaziamento parcial da loca e iniciou carboplatina + pemetrexed + pembrolizumab (18/7/2022). Em agosto, desenvolveu pio-pneumotórax direito e inicia antibioterapia empírica. Posteriormente, retoma quimio-imunoterapia, mas é internado de 10/10-03/11/2022 por pneumonite hipersensibilidade (pembrolizumab), pneumonia SARS-CoV-2 com insuficiência respiratória parcial e pneumonia nosocomial bacteriana. Atualmente mantém vigilância em consulta para retomar terapêutica.

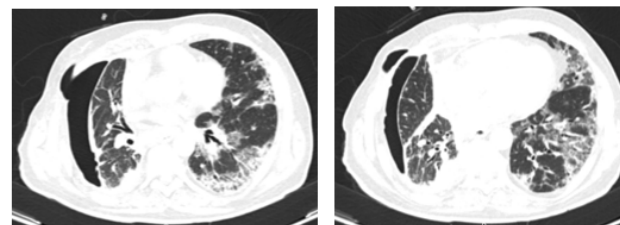
1. Radiografia tórax (24/5/2022):



2. TC-Tórax (15/6/2022):



3. TC-Tórax (25/10/2022):



Conclusões: O exame objetivo, aliado à observação atenta da radiografia de tórax, é indispensável na avaliação de todos os doentes. Este caso é interessante pela raridade da alteração identificada no exame objetivo e pela imagem involgar identificada na radiografia.

Palavras-chave: Pneumotórax. Adenocarcinoma. Sequela cirúrgica. Exame objetivo.

PO124. CAUSA DE MORTE: MESOTELIOMA. O RISCO DA EXPOSIÇÃO AOS ASBESTOS

Miguel Pereira¹, Diogo Abreu¹, Helena Alves¹, Laura Silva¹, Salomé Camarinha¹, Inês Milhazes², Ana Paula Sardo¹, Daniel Melo¹, Fernando Mautempo¹

¹Serviço de Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional, Centro Hospitalar Baixo Vouga. ²USF Flor de Sal, ACeS Baixo Vouga.

Introdução: Os mesoteliomas são subtipos de neoplasias das serosas, cuja etiologia quase exclusivamente se deve à exposição a amianto/asbestos. Os asbestos constituem um grupo de silicatos, com uma estrutura microscópica em fibras, presente naturalmente nas rochas e, devido à transformação pelo homem, em diversos equipamentos, revestimentos de edifícios, entre outros. As serosas predominantemente atingidas pelos mesoteliomas são as pleuras pulmonares e o tempo de latência até ao desenvolvimento da neoplasia pode atingir décadas.

Caso clínico: Sexo masculino, 80 anos, autónomo, sem antecedentes prévios, sem medicação habitual. Deu entrada no Serviço de Urgência com derrame pleural unilateral (à esquerda) e volumoso (7 litros), associado a toracalgia não controlada e edema generalizado. Diagnosticado com mesotelioma pleural por biópsia da pleura. Confirmou exposição prévia a asbestos, não objetivada. Realizou pleurodese química, sem re-expansão pulmonar completa. A tomografia toracoabdominal negou presença de mesotelioma peritoneal. Após reunião de grupo multidisciplinar, decidiu-se não iniciar quimioterapia, por relação desfavorável benefício/risco, e sim manter tratamento estritamente sintomático. Apresenta-se na Consulta Externa de Pneumologia, 2 meses mais tarde, de cadeira de rodas, com peso aproximado de 45 kg, com sintomas de dor não controlada com a medicação recém-instituída (tramadol, paracetamol e metoclopramida), acompanhada de anorexia e obstipação. A auscultação pulmonar revelou diminuição do murmúrio vesicular no hemitórax esquerdo. Escalou-se a terapêutica analgésica para fentanilo transdérmico diário e sublingual em SOS, manteve-se metoclopramida e adicionou-se polietilenoicolicol em SOS. Solicitou-se a orientação em Consulta Externa de Cuidados Paliativos. O doente faleceu no espaço de 2 meses.

Discussão: O amianto continua muito presente no nosso ambiente interno e externo, mesmo após a permuta por outros materiais menos tóxicos para o organismo humano. O tempo de latência desta neoplasia representa uma barreira à sua identificação, além de que um elevado nível de suspeição e uma história clínica detalhada são indispensáveis para a realização do seu diagnóstico atempado.

Palavras-chave: Mesotelioma. Medicina do trabalho.

PO126. INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA NO PUERPÉRIO IMEDIATO: CASO CLÍNICO

Marta Carvalho Silva¹, José Eduardo Oliveira², Pedro Silveira²

¹Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga. ²Serviço de Medicina Intensiva, Hospital de Braga.

Introdução: A insuficiência respiratória aguda (IRA) é uma emergência médica rara na gravidez e pode resultar de patologias próprias da gravidez, condições pré-existentes ou do periparto.

Caso clínico: Mulher de 36 anos, gravidez de 40 semanas, submetida a indução do trabalho de parto (TP) com prostaglandinas e ocitocina. Por desaceleração fetal fez tocólise com salbutamol endovenoso e posteriormente foi realizada a cesariana por estado fetal não tranquilizador e TP estacionário, sem intercorrências. Três horas depois iniciou dispneia e ortopneia súbitas com uso dos músculos acessórios, dessaturação (SpO₂ 86% com MAC). Presença de crepitações inspiratórias basais na auscultação. Foram considerados vários diagnósticos: cardiomiopatia periparto, TEP, eclampsia, embolia de líquido amniótico/gasosa, pneumonia, sépsis, pneumome-

diastino, pneumotórax, hemorragia pulmonar. Do estudo realizado: gasimetria arterial com hipoxemia e hipocapnia; ECG, troponina I, hemograma, função renal, hepática, tiroideia, eletrólitos, coagulação normais, pro-BNP 901 pg/ml; ecocardiograma sem disfunção sistólica ou diastólica e angio-TC do tórax com infiltrados em vidro despolido bilaterais e focos consolidativos de conotação pneumônica nos lobos inferiores, excluindo TEP. Foi instituído tratamento com VNI (CPAP 10 cmH₂O) com FiO₂ de 50% e apresentou melhoria significativa permitindo o desmame ventilatório e suspensão da oxigenoterapia 16h após o evento. Considerado como diagnóstico mais provável: edema pulmonar agudo não cardiogénico por tocolítico B2-simpaticomimético.

Discussão: A IRA é uma emergência no periparto e os pneumologistas podem ser chamados a intervir nestas condições. Apresentamos um caso raro de edema pulmonar não cardiogénico no puerpério imediato causado por tocolíticos B2-simpaticomiméticos -diagnóstico de exclusão. Na literatura é descrita uma incidência entre 0,5-5% em mulheres saudáveis e o mecanismo fisiopatológico prende-se com edema condicionado por aumento da permeabilidade da membrana capilar pulmonar e sobrecarga hídrica - efeito na excreção renal de sódio e aumento da produção de ADH. Caracteriza-se por uma evolução favorável e rápida com ventilação não invasiva e diurético.

Palavras-chave: Insuficiência respiratória. Puerpério.

PO125. FATORES ASSOCIADOS A COMPLICAÇÕES EM BIÓPSIA PULMONAR TRANSTORÁCICA: 12 MESES EM RETROSPECTIVA

Ana Raquel Afonso¹, Mariana Conde¹, Ana Cláudia Pimenta², Susana Pipa¹, Luísa Nascimento¹, Ana Isabel Loureiro¹, Rui Ramos¹, Catarina Oliveira¹

¹Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. ²Centro Hospitalar Tâmega e Sousa.

Objetivos: A biópsia pulmonar transtorácica (BPTT) é um método amplamente utilizado para diagnóstico de lesões pulmonares. Este trabalho tem como objetivo analisar as complicações mais frequentemente observadas neste procedimento e identificar potenciais fatores associados à sua ocorrência.

Métodos: Foram analisados retrospectivamente os procedimentos de BPTTs realizados num hospital central entre outubro 2021 e setembro 2022; foram recolhidos dados clínicos, imagiológicos e demográficos.

Resultados: Obtivemos uma amostra de 157 procedimentos, a maioria do sexo masculino (67,5%; n = 106), com média de idades de 67,8 ± 10,1 anos (32-93 anos). A hemorragia do trajeto foi a complicação mais comum (38,2%; n = 60). Lesões sólidas, com > 20 mm e de localização subpleural, apresentaram menor associação com a ocorrência hemorragia (p = 0,006, p < 0,001 e p < 0,001, respetivamente). Não foi estabelecida relação com outras variáveis: sexo (p = 0,255), enfisema (p = 0,602), tabagismo (p = 0,917), técnica (coaxial guiada por TC ou fluoroscopia) (p = 0,356) e idade (p = 0,134). A segunda complicação mais comum foi o pneumotórax (35%; n = 55). Apenas 9 apresentavam moderado/grande volume (5,7%) e 6 necessitaram de drenagem (3,8%). Hábitos tabágicos ativos demonstraram uma associação estatisticamente significativa com o desenvolvimento de pneumotórax (p = 0,02). Não foi demonstrada relação entre as características da lesão - sólida (p = 0,740), subsólida (p = 0,088) ou vidro despolido (p = 0,068) - e a sua ocorrência. Igualmente, o sexo (p = 0,405), idade (p = 0,797), localização subpleural (p = 0,357), enfisema (p = 0,085), tamanho (p = 0,368), técnica (p = 0,705) ou localização lobar (p = 0,235) não apresentaram associação. Entre as outras complicações observadas, 9 doentes apresentaram hemoptises (5,7%), 3 destas de moderado/grande volume (1,9%), 9 reportaram dor pleurítica (5,7%), 3 apresentaram hipotensão (1,9%), 2 dispneia (1,3%) e 1 náuseas (0,6%).

Conclusões: Tal como descrito na literatura, o pneumotórax e hemorragia representam as principais complicações associadas a este procedimento. Os nossos dados demonstram uma associação estatisticamente significativa entre a ocorrência de pneumotórax e o tabagismo ativo. Lesões sólidas, > 20 mm e de localização subpleural apresentaram menor associação com a ocorrência de hemorragia. Não foram identificados outros preditores de complicações.

Palavras-chave: *Biópsia pulmonar transtorácica. Pneumotórax. Hemorragia do trajeto. Hemoptise.*

PO127. TRALITADA NO PULMÃO

Maria João Cavaco¹, Maria João Santos², Fernanda Paula², Filipe Froes²

¹Centro Hospitalar do Oeste. ²Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte.

Introdução: A lesão pulmonar aguda associada à transfusão (TRALI) é uma complicação grave e potencialmente fatal da administração de hemoderivados na qual o doente desenvolve síndrome de dificuldade respiratória aguda (ARDS). O seu diagnóstico é clínico, com aparecimento de hipoxemia e opacidades pulmonares bilaterais difusas até 6 horas após a transfusão, por vezes com febre, hipotensão e/ou cianose. Pode ocorrer em doentes sem fatores de risco (FR) (tipo I) ou com FR ou ARDS ligeira prévia, desde que estabilizado nas 12 horas anteriores à transfusão (tipo II). FR associados ao TRALI incluem transplante hepático, síndrome de dependência de álcool (SDA), tabagismo, choque e balanço hídrico positivo.

Caso clínico: Homem, 48 anos, autónomo, com SDA e fumador ativo. Internado em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) por pneumonia adquirida na comunidade a *Streptococcus pneumoniae* complicada por choque séptico com disfunção multiorgânica. O doente apresentou evolução desfavorável com necessidade de ventilação mecânica invasiva ($\text{PaO}_2/\text{FIO}_2 = 107$), que manteve durante 7 dias. Posterior melhoria clínica, laboratorial e imagiológica. Ao 13º dia de internamento, encontrava-se hemodinamicamente estável e eupneico sob oxigenoterapia ($\text{FIO}_2 = 36\%$, $\text{PaO}_2/\text{FIO}_2 = 208$). Por anemia agudizada realizou duas unidades de concentrado eritrocitário. Após terminar a transfusão, verificou-se agravamento da hipoxemia ($\text{PaO}_2/\text{FIO}_2 = 120$) e aparecimento de infiltrados pulmonares bilaterais de novo em radiografia. Manteve febre, de difícil valorização por prostatite concomitante, com procalcitonina normal. Mudou acessos vasculares, realizou ecocardiograma sem sinais de sobrecarga hídrica ou endocardite, e broncofibroscopia com lavado bronco-alveolar e bacteriologia negativa. Perante suspeita de TRALI tipo II e exclusão de outras causas de ARDS, iniciou ventilação mecânica não invasiva e aumentou corticoterapia, com evolução favorável.

Discussão: O TRALI é um efeito adverso transfusional raro e subdiagnosticado por nem sempre ser possível excluir outras causas. É essencial incluir TRALI no diagnóstico diferencial de ARDS para garantir o seu tratamento adequado, principalmente em UCI onde os doentes apresentam elevada complexidade e FR.

Palavras-chave: *TRALI. ARDS.*

PO128. MIGRAÇÃO ESPONTÂNEA DE UM CATETER VENOSO CENTRAL TUNELIZADO - CASO CLÍNICO

Raquel Paulinetti Camara^{1,2}, Natália Martins^{3,4,5,6}, Ana Mineiro⁷, Cristina Rodrigues²

¹Departamento Pneumologia, Hospital Nossa Senhora do Rosário - Centro Hospitalar Barreiro-Montijo. ²Departamento Cirurgia Torácica, Hospital Pulido Valente - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. ³Faculdade de Medicina, Universidade do Porto. ⁴Instituto de Investigação e Inovação em Saúde (i3S), Universidade do Porto. ⁵Cooperativa de Ensino Superior

Politécnico e Universitário (CESPU), Gandra. ⁶TOXRUN - Toxicology Research Unit, Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário (CESPU), Gandra. ⁷Departamento Pneumologia, Hospital Pulido Valente - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: Os cateteres venosos centrais (CVC) tunelizados são utilizados preferencialmente em doentes sob tratamentos endovenosos prolongados, como as prostaciclina endovenosas na hipertensão pulmonar (HTP). Complicações relacionadas com o cateter podem levar à remoção precoce do mesmo. Os autores apresentam um caso de migração espontânea da ponta do cateter tunelizado vários meses após o seu posicionamento adequado.

Caso clínico: Homem de 29 anos, raça negra, com hipertensão pulmonar grave grupo 1,1 (idiopática) classe funcional III, elegível para iniciar epoprostenol endovenoso. Coloca CVC tunelizado através da veia subclávia direita na veia cava superior (VCS), acima da junção aurícula-cava, sem complicações durante o procedimento, a posição adequada do cateter é confirmada por fluoroscopia durante o procedimento e, posteriormente, por radiografia de tórax (RxT). Iniciou perfusão contínua de epoprostenol sem complicações e manteve tratamento durante um ano até iniciar dor na região cervical esquerda e mandíbula. Inicialmente, os sintomas foram interpretados como efeito adverso da medicação uma vez que a perfusão estava funcionante, mas o RxT mostrou que a ponta do cateter tinha migrado para a veia jugular direita. Retrospectivamente, numa TC-tórax realizada 3 meses antes do episódio, a ponta do cateter já estava na veia jugular direita, não tendo sido identificada nessa altura. O cateter foi então removido e substituído por outro colocado através da veia subclávia esquerda. O doente permanece com o novo cateter há 24 meses na posição adequada com controlo clínico e imagiológico regular.

Discussão: Embora existam alguns fatores de risco para migração da ponta do cateter, como o tipo de cateter, local de inserção, morfotipo e posição corporal e fase respiratória durante a colocação, todos os doentes com hipertensão pulmonar com CVC tunelizado devem ser monitorizados periodicamente não só clinicamente, mas também radiologicamente, especialmente se estiverem sob epoprostenol, uma vez que a sua interrupção pode ser potencialmente fatal.

Palavras-chave: *Cateter venoso central. Migração espontânea. Cateter tunelizado. Hipertensão pulmonar.*

PO129. UMA CAUSA RARA DE PARESIA DIAFRAGMÁTICA

Marina G. Alves, Vera Durão

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

Introdução: A síndrome de Parsonage-Turner (SPT) é uma neuropatia, rara, que afeta o plexo braquial. Caracteriza-se por dor aguda no ombro, seguida após algumas semanas por progressiva fraqueza muscular e atrofia dos músculos inervados por C5-C6. O envolvimento, isolado ou concomitante, de outros nervos motores periféricos derivados do plexo cervicobraquial, como o nervo frénico, apesar de rara, está descrita. Apesar da sua etiologia ser desconhecida estão descritas relações com infeções, trauma, vacinação, entre outras.

Caso clínico: Homem de 55 anos, ex-fumador, com SAOS grave e TEP maciço bilateral em 2018. Observado no SU por dor em “pontada” na omoplata direita, após esforço, e dormência na face lateral do MSD. Após este episódio sensação de dispneia e cansaço para pequenos esforços de agravamento progressivo. Queda 4 meses antes com trauma da grelha costal direita e fratura do punho direito, operada. TC tórax revelou atelectasia nos segmentos basais do LID associada a elevação da hem cúpula diafragmática de novo. Dos exames realizados destaca-se videobroncofibroscopia sem alterações, alteração ventilatória restritiva ligeira, DLCO, PIM e PEM

normais. Na avaliação por Neurologia: “Discreta atrofia da cintura escapular à direita (principalmente supra e infra-espinhoso), sem fasciculações. Infraespinhoso direito com grau 4. ROTs fracos nos MS. Sem alterações da sensibilidade.” Estudo neurofisiológico compatível com lesão focal do nervo frênico direito. Foi assumido o diagnóstico de síndrome de Parsonage-Turner. O doente foi orientado para reabilitação respiratória.

Discussão: A SPT apesar de rara deve ser tida em conta no diagnóstico diferencial de parestesia diafragmática em doentes com história sugestiva, nomeadamente dor aguda no ombro/membro superior seguida de parestesia diafragmática com dispneia, que pode ser uma manifestação de SPT mesmo em situações em que não há paralisia do membro superior ou da cintura escapular. A terapêutica conservadora é indicada na maioria dos casos com resolução gradual ao longo do tempo.

Palavras-chave: Síndrome de Parsonage-Turner. Neuropatia. Parestesia diafragmática.

PO130. AS COMPLICAÇÕES PULMONARES DECORRENTES DE EMBOLIZAÇÃO SÉPTICA

Ana Sara Gonçalves, João Carvalho, Cláudia Sousa, Vítor Teixeira, Joana Jacinto, Rafael Freitas

Hospital dos Marmeleiros.

Introdução: A síndrome de Lemierre define-se como uma tromboflebite séptica da veia jugular interna causada por agentes comensais da orofaringe, nomeadamente, espécies de *Fusobacterium*.

Caso clínico: Descreve-se um caso de um utente do sexo masculino, 19 anos, sem diagnósticos prévios, que recorreu ao serviço de urgência por febre, dor abdominal, vômitos e diarreia com quatro dias de evolução. À admissão, encontrava-se hipotenso e à inspeção da orofaringe com exsudado posterior. Analiticamente, a destacar leucopenia, trombocitopenia, lesão renal aguda (creatinina 2,11 mg/dL) e proteína C reativa de 277 mg/L. Realizou tomografia computadorizada (TC) abdominal sem alterações relevo. Ficou internado por suspeita de mononucleose infecciosa e gastroenterite aguda. Iniciou antibioterapia empírica com ciprofloxacina. Durante o internamento, apresentou normalização da função renal e estabilidade da trombocitopenia. As serologias virais e coproculturas revelaram-se negativas. Contudo, verificou-se o isolamento de *Fusobacterium nucleatum* nas hemoculturas e a antibioterapia foi escalada para metronidazol e ceftriaxone. Posteriormente, realizou angio-TC pescoço e tórax: “sem sinais de trombose venosa; glândulas submandibulares, parótidas e tiróide sem alterações; múltiplas áreas de consolidação parenquimatosa em ambos os pulmões de provável natureza infecciosa; derrame pleural bilateral de pequeno volume.”

Iniciou oxigenioterapia por insuficiência respiratória tipo 1. Realizado, ainda, ecocardiograma que excluiu endocardite. No seguimento destas intercorrências, feita nova angio-TC do pescoço que demonstrou abcesso parafaríngeo esquerdo e trombose da jugular interna esquerda não relatada previamente. Consequentemente, iniciou anticoagulação e ciclo de 4 semanas de antibioterapia com piperacilina/tazobactam. Verificou-se, igualmente, aumento do derrame pleural à esquerda e efetuou-se toracocentese evacuadora e diagnóstica com saída de 450 mL de exsudado, aparentemente loculado, com microbiologia negativa. Realizada observação por Otorrinolaringologia por provável síndrome de Lemierre, sem indicação para intervenção cirúrgica.

Discussão: Este caso alerta para as complicações pulmonares inerentes a esta síndrome que ocorrem na maioria destes doentes, nomeadamente, embolia pulmonar séptica, derrame pleural, empiema ou abcesso pulmonar.

Palavras-chave: Síndrome de Lemierre. *Fusobacterium nucleatum*. Insuficiência respiratória. Derrame pleural.

PO131. QUANDO A RAPIDEZ IMPERA...

Raquel Silva¹, Sofia Pinto¹, Patrícia Trindade¹, Rita Macedo¹, Diana Organista¹, Ana Cristina Mendes¹, Miguel Guia^{1,2}, Paula Pinto^{1,2}, Cristina Bárbara^{1,2}

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

Introdução: As hemoptises são uma manifestação incomum, mas potencialmente fatal de hipertensão pulmonar.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 29 anos, não fumador, com hipertensão pulmonar grupo 1 em investigação, seguido em consulta de Cardiologia e Genética Médica. Em ecocardiograma recente apresentava dilatação das cavidades direitas com pressão sistólica da artéria pulmonar estimada de 86 mmHg e disfunção do ventrículo direito (TAPSE 14 mm). A destacar história de internamento prévio por hemoptises inaugurais, no qual foi realizada embolização de artérias brônquicas. Atualmente estava sob terapêutica com tadalafil e ambrisentan. O doente foi readmitido por hemoptises em moderada quantidade com 3 dias de evolução. Negava outras queixas respiratórias ou toracalgia. Sem insuficiência respiratória à admissão. A Angio-TC torácica demonstrou opacidades pulmonares em vidro despolido bilaterais e difusas, muito sugestivas de hemorragia alveolar difusa, colocando-se diagnóstico diferencial de hemangiomatose capilar pulmonar/doença pulmonar veno-oclusiva. Durante o internamento manteve-se hemodinamicamente estável. Verificou-se novo episódio de hemoptises abundantes (apesar de terapêutica antifibrinolítica), associado a insuficiência respiratória parcial.

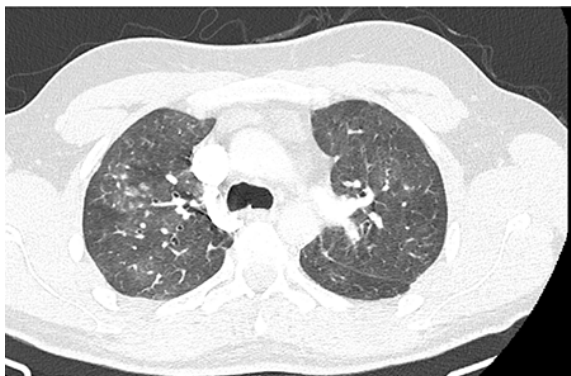


Figura PO131

Realizou broncofibroscopia na qual foi observado coágulo no segmento anterior do lobo superior direito e aplicado ácido tranexâmico local para estabilização do coágulo. Atendendo à presença incontinua de hemoptises recidivantes em doente com hipertensão pulmonar grupo 1, com agravamento significativo da hipoxemia após o segundo episódio de hemoptises, o doente foi observado pela equipa de transplante pulmonar com indicação para referência a transplante de acordo com Pneumologia, Cardiologia e Cirurgia Torácica, tendo realizado os exames pré-transplante indicados. Apresentou evolução favorável ao longo do restante internamento, tendo tido alta sem oxigenoterapia, estando a aguardar estudo genético da mutação EIF2AK4.

Discussão: A identificação precoce de hemoptises associadas a hipertensão pulmonar grupo 1 implica uma referência rápida a consulta de transplante pulmonar em doentes jovens, atendendo ao seu mau prognóstico.

Palavras-chave: Hipertensão pulmonar grupo 1. Hemangiomatose capilar pulmonar. Hemoptises. Doença pulmonar veno-oclusiva. Transplante pulmonar.

PO132. A IMPORTÂNCIA DA BIÓPSIA NA DOENÇA OCUPACIONAL RESPIRATÓRIA

S.P. Ferreira, M. d'Almeida, C. Giesta, J.C. Duarte, O. Santos, C. Lousada

Centro Hospitalar do Médio Tejo.

Introdução: Os nódulos pulmonares associados a adenopatias são achados imagiológicos frequentes na prática clínica. O seu diagnóstico diferencial é um desafio complexo, compreendendo patologias infecciosas, doenças pulmonares intersticiais, vasculares, bem como tumores malignos e benignos. A história clínica apresenta um papel central na investigação etiológica destas lesões, auxiliando na elaboração das hipóteses de diagnóstico mais prováveis. No entanto, há situações cujo diagnóstico definitivo só é possível através da realização de biópsia.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, de 57 anos, operária em fábrica de curtumes durante 20 anos. Antecedentes pessoais de fibrilhação auricular, hipertensão arterial e doença varicosa. Sem hábitos tabágicos. Referenciada à consulta de Pneumologia por tosse, expetoração hemoptóica, dispneia de esforço e perda ponderal. Realizou Tomografia Computorizada (TC) Torácica, que revelou micronódulos pulmonares periféricos não calcificados dispersos, bem como múltiplas adenopatias no mediastino e várias pequenas adenopatias hilares bilaterais. Realizou duas ecoendoscopies endobrônquicas (EBUS), inconclusivas. A TC Torácica de controlo revelou progressão, identificando uma lesão nodular sólida, medindo aproximadamente 26,7 mm de maior diâmetro. Caso discutido em reunião de decisão terapêutica, tendo sido decidido realização de biópsia de adenopatias mediastínicas por cirurgia toracoscópica assistida por vídeo (VATS), cujo resultado foi silicose. Explorando mais detalhadamente a história profissional da doente, foi possível apurar que, no decorrer da atividade laboral, era utilizada pedra de esmeril. Esta é uma rocha composta principalmente por óxido de alumínio e outros minerais, nomeadamente sílica.

Discussão: Os autores apresentam um caso de silicose, cujo diagnóstico definitivo só foi possível através da histologia. Pretendem alertar para a importância de uma história profissional minuciosa, a qual poderá facultar dados relevantes, que coloquem o clínico na pista de uma pneumoconiose. Mas lembram, também, que, por vezes, apesar da história ocupacional de exposição à sílica, é necessário excluir outros diagnósticos, estando a biópsia reservada para situações pontuais em que persista a dúvida diagnóstica.

Palavras-chave: Nódulos pulmonares. Adenopatias. Silicose. História ocupacional. Biópsia.

PO133. HEMOPTISES DE REPETIÇÃO: UM DIAGNÓSTICO EXTRA-PULMONAR

Ana Sara Gonçalves, João Carvalho, Cláudia Sousa, Vítor Teixeira
Hospital dos Marmeleiros.

Introdução: As hemoptises correspondem a expetoração de sangue proveniente das vias aéreas inferiores, apresentando uma etiologia multifactorial, nomeadamente, infecciosa, neoplásica, presença de bronquiectasias ou de corpos estranhos, doenças auto-imunes, trauma ou iatrogenia.

Caso clínico: Apresenta-se um caso de um homem, 52 anos, ex-fumador, incluindo drogas, com diagnósticos prévios de hipertensão arterial, anemia normocítica normocrômica e hemoptises em estudo com dois anos de evolução. História de exposição a amianto, jatos de areia e poluentes aviários. Realizada anteriormente broncofibroscopia com lavado broncoalveolar sem alterações. Recorreu ao serviço de urgência por cansaço, hemoptises em pequena quantidade e febre com um dia de evolução. Apresentava-se hemodinamicamente estável. A gasimetria arterial (FiO₂ a 21%) evidenciou insuficiência respiratória tipo 1 e analiticamente apresentava hemoglobina 9 g/dL. A telerradiografia torácica demonstrou padrão intersticial em ambas as bases. Realizada tomografia computadorizada (TC) torácica com contraste onde se observou “múltiplas áreas de densificação em vidro despolido dispersas por ambos os campos pulmonares, com predomínio nos lobos superior e inferior direitos, onde ocupam grande parte do parênquima pulmonar arejado, e que se relaciona com a suspeita clínica de hemorragia alveolar; sem sinais de tromboembolismo pulmonar”. Ficou internado no serviço de Pneumologia por quadro de hemorragia alveolar com hemoptises. Iniciou oxigenioterapia, corticoterapia e carboximaltose férrica. Relativamente ao estudo de autoimunidade realizado, a destacar anticorpo anti-mieloperoxidase (p-ANCA) positivo, 111,1 U/mL. Com a instituição de corticoterapia, apresentou evolução clínica e imagiológica favorável, sem necessidade de oxigenioterapia em ambulatório, e foi orientado para consulta de pneumologia e reumatologia, tendo iniciado, posteriormente, rituximab por diagnóstico de vasculite sistémica.

Discussão: As vasculites representam um dos principais fatores etiológicos de hemoptises. Este caso realça a importância de um estudo diagnóstico complementar abrangente, incluindo uma equipa multidisciplinar, que nos permita identificar a origem da síndrome de hemorragia alveolar. Muitas destas identidades apresentam envolvimento renal, embora não se tenha observado neste doente.

Palavras-chave: Hemoptises. Hemorragia alveolar. Vasculite.

PO134. RELEMBRAR UM CLÁSSICO ESQUECIDO - O SINAL DO V DE NACLERIO NA TELERRADIOGRAFIA DE TÓRAX

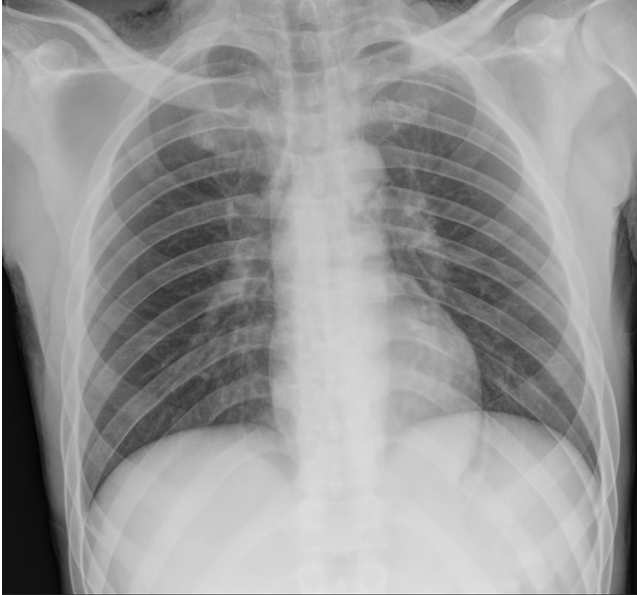
Inês Macedo¹, João R. Inácio²

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE. ²Serviço de Radiologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE.

Introdução: O sinal V de Naclerio é um sinal radiográfico descrito em 1957 que pode ser observado nas telerradiografias de tórax posteroanteriores sob a forma de uma imagem hipertransparente em forma de V na área mediastínica inferior esquerda. Este sinal ocorre em contexto de pneumomediastino, frequentemente secundário a perfuração esofágica inferior, uma patologia potencialmente fatal. Os autores apresentam um caso de perfuração esofágica espontânea, cuja radiografia de tórax inicial apresentava o sinal V de Naclerio.

Caso clínico: Homem de 31 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 1 mal controlada, recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com sete dias de evolução de náuseas, vômitos, astenia e prostração. A telerradiografia de tórax evidenciou o sinal do V de

Naclerio e enfisema subcutâneo, ambos sugestivos de pneumomediastino. A tomografia computadorizada (TC) torácica corroborou a existência de pneumomediastino e evidenciou ligeira proeminência do terço inferior da parede do esôfago torácico. Foi colocada uma sonda nasojugal e, dois dias depois, realizada endoscopia digestiva alta. Esta evidenciou esofagite grau 3 (classificação Los Angeles) mas não identificou solução de continuidade do órgão. A TC de reavaliação ao quinto dia de internamento evidenciou redução franca do volume do enfisema subcutâneo e do pneumomediastino, com resolução completa do deste descrita na TC ao 21º dia.



Discussão: O sinal do V do Naclerio é um sinal radiográfico clássico de pneumomediastino que deve ser do conhecimento do pneumologista. O seu reconhecimento pode ser essencial na deteção precoce de um pneumomediastino secundário a perfuração esofágica potencialmente fatal.

Palavras-chave: Telerradiografia de tórax. Pneumomediastino. Perfuração esofágica. Sinal do V de Naclerio.

PO135. A TEORIA DO QUEIJO SUÍÇO. UM CASO DE TOXICIDADE SISTÊMICA À LIDOCAÍNA LOCAL NA BIÓPSIA PERCUTÂNEA PULMONAR

Inês Macedo¹, João R. Inácio²

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE. ²Serviço de Radiologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE.

Introdução: A Teoria do Queijo Suíço é uma teoria que procura explicar como é que as falhas ocorrem em sistemas complexos. Neste modelo, cada fatia de queijo representa uma componente de uma organização. Cada componente apresenta as suas imperfeições inerentes (buracos). Quando as várias fatias se alinham e os seus buracos também, os erros acontecem. Os autores apresentam um caso de toxicidade sistémica à lidocaína local que ocorreu, essencialmente, pela combinação de vários processos que falharam em algum ponto. **Caso clínico:** Mulher, 64 anos, admitida no hospital para biópsia percutânea guiada por tomografia computadorizada de nódulo pulmonar espiculado de 29 mm. Durante a administração de anestésico local com lidocaína por via intercostal, a doente iniciou queixas de parestesias periorais que rapidamente evoluíram para um quadro de obnubilação e movimentos involuntários. A doente foi estabilizada pela equipa de Anestesiologia e foi assumido quadro de toxicidade sistémica ao anestésico local por administração de dose

superior à máxima recomendada. Revendo o caso retrospectivamente concluiu-se que o quadro foi o culminar de vários processos que falharam: a) não foi prontamente reconhecido no início do procedimento o baixo peso da doente para ajuste da dose máxima a administrar; b) não foi comunicado verbalmente pela equipa de enfermagem qual a concentração de lidocaína usada; c) a equipa médica julgava estar a administrar uma concentração de anestésico inferior à efetivamente administrada; d) doente com dor refratária com necessidade de múltiplas re-administrações anestésicas; e) a via intercostal é a que tem maior risco de absorção sistémica por ser a mais vascularizada e f) doente com provável desidratação por quadro recente de gastroenterite aguda não detetada na anamnese. **Discussão:** O reconhecimento do mecanismo subjacente à ocorrência de falhas nas diferentes etapas de procedimentos permite a implementação de condutas em prol da segurança do doente.

Palavras-chave: Gestão em saúde. Erro médico.

PO136. SEQUESTRO PULMONAR

Sofia Martins de Castro, Catarina Cascais Costa, David Gomes, Ana Rita Pereira, Gilberto Teixeira, Lília Andrade

Centro Hospitalar do Baixo Vouga.

Introdução: O sequestro pulmonar é uma anomalia congénita rara da via aérea inferior. Consiste numa massa não funcional de tecido pulmonar que carece de comunicação normal com a árvore traqueobrônquica e que recebe o seu fornecimento de sangue arterial da circulação sistémica. A apresentação sintomática mais comum após o período neonatal é com infeção pulmonar, com febre e tosse e, por vezes, hemoptise.

Caso clínico: Homem, 17 anos, sem antecedentes de relevo, que recorre ao SU por hemoptises, de gravidade moderada, com umas horas de evolução. Sem outras queixas e sem alterações em radiografia torácica. Exame direto para BAAR negativo. Broncofibroscopias com secreções hemáticas em toda a árvore brônquica. TC torácica mostrou uma área de densificação parenquimatosa de 36 × 25 mm de localização subpleural no segmento postero-basal, do lobo inferior direito, com área em vidro despolido circundante. Após a administração de contraste iodado, observamos que a lesão era irrigada por uma artéria anómala, com origem na aorta abdominal, adjacente à emergência do tronco celiaco, e uma drenagem venosa para as veias pulmonares. Estas alterações são sugestivas de sequestro pulmonar intralobular que sofreu hemorragia. Boa resposta ao ácido aminocapróico. Avaliação por TC torácica 4 semanas após o quadro mantinham-se as alterações, tal como o esperado, tendo sido enviado para consulta de cirurgia torácica para ressecção do LID, mantendo seguimento em consultas de Pneumologia para vigilância.

Discussão: O sequestro pulmonar constitui a segunda causa mais comum de malformação pulmonar congénita, sendo, no entanto, uma situação pouco frequente, com uma incidência estimada de até 6,4%. Na ausência de outras anomalias congénitas significativas, o prognóstico para crianças com BPS é geralmente muito bom. Este caso clínico vem chamar à atenção para o sequestro pulmonar como diagnóstico diferencial nas hipóteses de diagnóstico de doentes com hemoptises.

Palavras-chave: Sequestro pulmonar. Hemoptises.

PO137. CAVIDADES PULMONARES NO INDIVÍDUO IMUNOCOMPETENTE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Rita Correia das Neves¹, Lara Silva Dias², João F Magro², Fernanda Munhoz¹, Ana Pimenta de Castro¹, Elena Rios¹, José Manuel Ferreira¹

¹Serviço de Medicina Interna 2, Hospital de Faro, Centro Hospitalar Universitário do Algarve. ²Serviço de Medicina Interna 1, Hospital de Faro, Centro Hospitalar Universitário do Algarve.

Introdução: As cavidades pulmonares são identificadas ocasionalmente em exames de imagem, cujo diagnóstico diferencial engloba uma ampla variedade de patologias, nomeadamente infeções como tuberculose, infeções fúngicas, abscesso pulmonar e pneumatocele, doenças autoimunes e neoplasias. A aspergilose pulmonar invasiva (API) é uma infeção oportunística, afetando sobretudo indivíduos imunocomprometidos, com elevada morbidade e mortalidade. Porém, é rara em imunocompetentes.

Caso clínico: Mulher, 65 anos, ex-fumadora, carcinoma do colo do útero estável desde 2021, ACOS e vasculopatia oclusiva trombótica. A 30/09/2022 recorreu ao Serviço de Urgência por apresentar desde há 2 semanas, em agravamento, astenia, anorexia, perda ponderal, agitação psicomotora, desorientação, dor nos membros inferiores acompanhada de lesões cutâneas e episódio de hemoptise. Exame objetivo: SpO₂ de 89% (FiO₂ 21%), lesões cutâneas violáceas, coalescentes, dolorosas ao toque, dispersas nos membros inferiores, auscultação pulmonar inalterada. Gasometricamente, insuficiência respiratória parcial. Analiticamente, trombocitopenia, PCR elevada. COVID-19 negativo. Radiografia de tórax com hipotransparência no terço superior direito. TC tórax evidencia 3 lesões cavidadas de parede espessa, de conteúdo líquido-ar, localizadas: lobo superior (LS) direito, com 54 mm de maior eixo (ME), lobo inferior esquerdo, 27 mm ME e LS esquerdo, 30 mm ME. Exame micobacteriológico da expectoração negativo e bacteriológico com isolamento de *Pseudomonas aeruginosa*. Videobroncoscopia demonstrou secreções mucopurulentas e esteira hemática no LS direito. Antígeno galactomanano de *Aspergillus* no lavado broncoalveolar positivo. Medicada com voriconazol, amoxicilina/ácido clavulânico, azitromicina e meropenem. TC tórax de reavaliação com melhoria. No internamento, doente intercalou períodos de melhoria/agravamento, falecendo a 14/12/2022.

Discussão: A raridade da API nos indivíduos imunocompetentes contribui para o seu atraso e subdiagnóstico. Contudo, fatores de risco, como a DPOC, devem levar a considerar esta patologia. A sintomatologia inespecífica faz com que esta seja incorretamente diagnosticada como pneumonia ou tuberculose. A TC tórax e a deteção de antígeno galactomanano permitem o diagnóstico e tratamento precoce. Apesar da abordagem adequada, a mortalidade da API permanece elevada.

Palavras-chave: *Imunocompetência. ACOS. Cavidades pulmonares. Aspergilose pulmonar invasiva.*

PO138. UMA CAUSA IMPROVÁVEL DE TROMBOSE

Raquel Silva¹, Sofia Pinto¹, Patrícia Trindade¹, Rita Macedo¹, Diana Machado¹, Miguel Guia^{1,2}, Ana Cristina Mendes¹, Paula Pinto^{1,2}, Cristina Bárbara^{1,2}

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

Introdução: O tromboembolismo pulmonar (TEP) é comum e por vezes fatal. A sua patogénese é similar à tríade de Virchow (estase venosa, lesão endotelial e hipercoagulabilidade). O estudo etiológico desta patologia deve ser realizado em todos os doentes.

Caso clínico: Sexo masculino, 45 anos, natural da Grécia, a residir na Holanda. Antecedentes de carcinoma de células renais cromóforo localizado submetido a nefrectomia no início do ano de 2022, sem evidência de recidiva. História de trombose venosa profunda (TVP) cerca de uma semana antes, tendo sido hipocoagulado com rivaroxabano na Grécia. Admitido por dispneia e toracalgia à esquerda com início após chegada a Portugal de avião. Sem queixas de febre, tosse e expectoração. À admissão apresentava-se hemodinamicamente estável, SpO₂ 99% (ar ambiente), sem sinais de trombose venosa periférica dos membros inferiores. Analiticamente com elevação de D-dímeros, sem elevação de parâmetros infla-

matórios ou marcadores bioquímicos de lesão cardíaca. A angio-TC torácica demonstrou TEP bilateral com envolvimento lobar e segmentar, com maior expressão nos lobos inferiores. Concomitantemente apresentava sinais incipientes de isquemia do parênquima pulmonar. Iniciou hipocoagulação com enoxaparina. Durante o estudo etiológico do TEP verificou-se anticoagulante lúpico positivo, anticorpo anticardiolipina positivo e anticorpo anti-β₂glicoproteína-1 positivo. Neste contexto foi assumido provável síndrome dos anticorpos antifosfolípidos (SAAF), tendo iniciado varfarina com ajuste de INR, com indicação para reavaliação de anticorpos cerca de 12 semanas depois.

Discussão: A síndrome dos anticorpos antifosfolípidos é uma doença autoimune multissistémica com envolvimento trombótico arterial, venoso ou de pequenos vasos, com incidência superior no género feminino. O seu diagnóstico através de um tromboembolismo pulmonar, num homem hipocoagulado por TVP prévia é raro. A SAAF está associada a enfarte agudo do miocárdio, AVC e trombose venosa profunda, conferindo aumento da morbimortalidade nestes doentes, pelo que é fundamental o seu diagnóstico precoce e início de hipocoagulação adequada, como no caso apresentado.

Palavras-chave: *Tromboembolismo pulmonar. Trombose venosa profunda. Síndrome dos anticorpos antifosfolípidos.*

PO139. SEQUESTRO BRONCOPULMONAR: QUANDO INTERVIR?

Ana Raquel Afonso, Susana Pipa, Luísa Nascimento, Ana Isabel Loureiro

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

Introdução: O sequestro broncopulmonar é uma malformação congénita rara do trato respiratório caracterizada pela presença de um segmento ou lobo de tecido pulmonar não funcionante que não comunica com a árvore traqueobrônquica. O subtipo intralobar é responsável por 75-90% dos casos, apresentando-se tipicamente na adolescência ou idade adulta com pneumonias recorrentes ou como achado imagiológico acidental. O diagnóstico é sugerido pela identificação de vascularização proveniente da circulação sistémica ao invés da circulação pulmonar.

Caso clínico: Senhor de 73 anos, não fumador, com antecedentes de adenocarcinoma do reto submetido a quimio e radioterapia neoadjuvantes, DM2, HTA, estenose aórtica moderada e síndrome da apneia central do sono. Durante o seguimento em consulta de pneumologia realizou radiografia torácica que identificou hipotransparência arredondada retrocardíaca. Realizou TC para melhor caracterização que descrevia: imagem nodular no LIE, regular e bem definida, não captante de contraste, apresentando aparente suporte nutritivo da aorta, portanto com aspetos sugestivos de sequestro pulmonar. Discutido caso em reunião de grupo de cirurgia torácica, tendo-se considerado não ser candidato a cirurgia de resseção dado tratar-se de doente que se manteve assintomático até aos 73 anos, sem compromisso respiratório e com importantes comorbilidades cardíacas, pelo que se optou por estratégia conservadora.

Discussão: O tratamento do sequestro broncopulmonar consiste primariamente na sua resseção cirúrgica ou embolização arterial. Em doentes com sintomas respiratórios, infeções recorrentes ou lesões ocupantes de > 20% do hemitórax é recomendada a sua remoção. Contudo, a estratégia deve ser sempre definida individualmente e, em doentes assintomáticos e em que este represente um achado acidental ou em casos de elevado risco cirúrgico, a decisão de abordagem conservadora pode ser equacionada.

Palavras-chave: *Malformações congénitas. Sequestro broncopulmonar.*

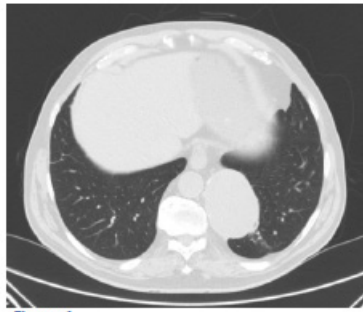


Figura 1

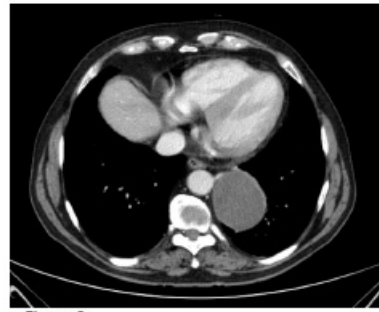


Figura 2



Figura 3



Figura 4

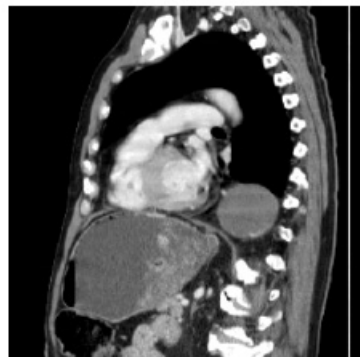


Figura 5

Figuras 1, 2, 3, 4 e 5: Cortes de tomografia computadorizada (TC) contrastada permitindo visualizar imagem nodular no LIE, regular e bem definida, não captante de contraste, apresentando aparente suporte nutritivo da aorta, portanto com aspetos sugestivos de sequestro pulmonar

Figura PO139

PO140. MAPAS DE IODO: A EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Marta Monteiro de Castro, Diogo Ferreira, Inês Dias Marques

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Objetivos: A cintigrafia de ventilação/perfusão é o exame complementar de diagnóstico mais eficaz na exclusão de tromboembolismo pulmonar crónico. Contudo, existem outras alternativas para a avaliação da perfusão pulmonar, nomeadamente os mapas de iodo gerados por angiotomografia (angio-TC) de dupla energia ou de subtração. Os mapas de iodo têm algumas vantagens sobre a cintigrafia, contudo são tecnicamente desafiantes, a disponibilidade é limitada e atualmente carecem de validação multicêntrica. O objectivo deste trabalho é avaliar a concordância entre os defeitos de perfusão detetados no mapa de iodo processado por angio-TC de subtração e a cintigrafia de ventilação/perfusão.

Métodos: Foram identificados todos os angio-TC complementados com mapas de iodo realizados em contexto de consulta por suspeita clínica de tromboembolismo pulmonar ou para reavaliação de tromboembolismo agudo, no período de janeiro a dezembro de 2022. Foram excluídos os doentes que não realizaram cintigrafia de ventilação/perfusão. Foi avaliada a concordância entre os dois exames.

Resultados: Foram realizadas 126 angiotomografias pulmonares. Em 19% dos casos (n = 24), o exame foi complementado com mapas de iodo para avaliação da perfusão pulmonar. Em 33% dos doentes (n = 8) com mapa de iodo, teve-se acesso à cintigrafia de ventilação/perfusão. O tempo médio entre a realização dos 2 exames foram 114 ± 86 dias. Nos 5 doentes em que foi levantada a hipótese de defeitos de perfusão no mapa de iodo sugestivos de TEP crónico, apenas se verificou defeitos de perfusão na cintigrafia em 1 dos doentes. Nos 3 doentes que não foram detetados defeitos de perfusão no mapa de iodo também não foram detetados na cintigrafia.

Conclusões: Nesta amostra de doentes, a avaliação da perfusão pulmonar utilizando isoladamente os mapas de iodo levaria a um sobrediagnóstico de TEP.

Palavras-chave: Mapas de iodo. Tromboembolismo pulmonar.

PO141. PNEUMOMEDIASTINO NUMA ENFERMARIA DE PNEUMOLOGIA

Patrícia Trindade¹, Raquel Silva¹, Sofia Pinto¹, Diana Organista¹, Miguel Guia^{1,2}, Mónica Pereira^{1,2}, Rita Macedo¹, Ana Cristina Mendes¹, Paula Pinto^{1,2}, Cristina Bárbara^{1,2}

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

Objetivos: O pneumomediastino é uma patologia rara com sintomas inespecíficos que, apesar de ter bom prognóstico, pode ter complicações.

Métodos: Foram consultadas as notas de alta referentes aos internamentos com o diagnóstico de pneumomediastino entre julho 2021 e dezembro 2022 na enfermaria de Pneumologia de um Hospital Universitário e foram analisados dados relativos à etiologia, clínica, diagnóstico e tratamento.

Resultados: Foram admitidos cinco doentes com idade média de 68 anos sendo 60% do género masculino. Dois dos pneumomediastinos eram espontâneos (secundários a DPOC e fistula esófago-mediastínica), dois iatrogénicos (associados a ventilação não invasiva e a entubação orotraqueal), sendo o restante traumático. Os principais fatores de risco foram: tabagismo (40%), infeção respiratória nos três meses prévios (40%) e doença pulmonar intersticial (40%). O sintoma mais frequente foi dispneia (100%), seguido de cervicalgia, toracalgie e enfisema subcutâneo (60%) e 40% dos doentes apresentavam tosse. O pneumomediastino era visível na radiografia torácica em apenas um caso, sendo visível em TC torácica em todos os casos. Em dois casos foi diagnosticado pneumotórax concomitante. Todos os doentes receberam tratamento médico conservador que consistiu em repouso no leito, analgesia, oxigenoterapia e radiografias de tórax seriadas. Dois casos tiveram um desfecho menos favorável, não estando o óbito diretamente relacionado com o pneumomediastino: um por mediastinite em doente com linfoma Hodgkin estadio IV em progressão e outro progressão de doença de base (esclerose lateral amiotrófica).

Conclusões: O pneumomediastino é frequentemente subdiagnosticado e a sua identificação implica um elevado grau de suspeição clínica. Cursa habitualmente com sintomatologia inespecífica e geralmente tem um prognóstico favorável. Se elevado grau de suspeição e achados inconclusivos na radiografia torácica deve ser realizada TC torácica.

Palavras-chave: Pneumomediastino.

PO142. QUANDO A RADIOGRAFIA ESCONDE O DIAGNÓSTICO

Bruno Freitas, Carla Brito, Pedro Frazão, Xavier Melo, Raquel Borrego, Inês Araújo, Candida Fonseca

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

Introdução: A radiografia torácica é o método imagiológico mais utilizado capaz de nos dar uma enorme informação de forma não invasiva. No entanto, como qualquer outro método, apresenta algumas limitações por ser uma imagem em duas dimensões.

Caso clínico: Homem de 57 anos com antecedentes de asma controlada apenas com salbutamol, fumador (60 UMA). Doente no seu estado de saúde até há cerca de um mês, altura em que terá iniciado processo de remoção de peças dentárias complicada com edema flutuante da face. No decorrer do quadro recorreu múltiplas vezes

a Serviços de Urgência, tendo realizado múltiplos ciclos de antibio-terapia (amoxicilina, flucloxacilina) com resolução do edema. Por manter quadro de febre, perda de peso (cerca de 10 kg num mês) e suores nocturnos recorreu novamente ao Serviço de Urgência. À admissão negava outras queixas nomeadamente gastrointestinais, genitourinárias e respiratórias. Clinicamente bom estado geral, sem alterações cutâneas, auscultação cardiopulmonar normal, palpação abdominal inocente e sem adenopatias palpáveis. Assim, pedido estudo analítico do qual se destaca leucocitose $11,4 \times 10^9/L$ (75% neutrófilos), proteína-C reactiva 9,6 mg/dL, função renal e hepática normais. Realizou ainda radiografia torácica (fig. 1). Por o doente apresentar um quadro arrastado, por não ser possível integrar clinicamente os resultados analíticos, de forma a melhor esclarecer o quadro foi realizada tomografia computadorizada torácica, que mostrou uma massa paracardiaca direita no parênquima pulmonar (fig. 2). Discutido caso com Imagiologia e Pneumologia e iniciada terapêutica antibiótica de largo espectro abordando como abscesso pulmonar. Assumido suores no contexto da febre e perda de peso pela diminuição da ingesta associada a dor na cavidade oral. Ao 3.º dia de piperacilina/tazobactam com desaparecimento da febre e após 21 dias resolução quase completa da imagem. O estudo microbiológico apresentou hemoculturas estéreis.



Discussão: O presente caso apresenta a importância da limitação técnica da radiografia torácica e a necessidade de suspeita clínica para as zonas sobreposição.

Palavras-chave: *Massa paracardiaca. Radiografia torácica.*

PO143. TOXICIDADE SISTÊMICA À LIDOCAÍNA LOCAL - UM ALERTA PARA PNEUMOLOGISTAS DE INTERVENÇÃO

Inês Marques Macedo

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

Introdução: A toxicidade sistêmica aos anestésicos locais é um efeito adverso que, apesar de raro, pode ser potencialmente fatal. O quadro de toxicidade inclui sinais e sintomas neurológicos e cardiovasculares, tanto do foro excitatório como do foro inibitório. A lidocaína é um anestésico local frequentemente usado por pneumologistas de intervenção em procedimentos endoscópicos e percutâneos. Estão já descritos casos deste efeito adverso em doentes submetidos a videobroncofibroscopias. Os autores descrevem um caso de toxicidade sistêmica à lidocaína local em contexto de uma biópsia percutânea de um nódulo pulmonar.

Caso clínico: Mulher, 64 anos, admitida no hospital para biópsia percutânea guiada por tomografia computadorizada de nódulo pulmonar espiculado com 29 mm. A administração anestésica foi por via intercostal. Foram realizadas múltiplas administrações de lidocaína por queixas recorrentes de dor. Ainda durante a fase anestésica, a doente iniciou queixas de parestesias periorais, tendo o quadro rapidamente progredido para alterações visuais e desorientação temporo-espacial, culminando em obnubilação e movimentos involuntários. A doente manteve-se sempre hemodinamicamente estável. Por suspeita de crise convulsiva, foi administrada diazepam, tendo sido evidenciada melhoria clínica. Após estabilização da doente, foi aferida administração de lidocaína em dose superior à máxima recomendada e provável absorção intravascular de anestésico (risco elevado na injeção por via intercostal), tendo sido assumido quadro de toxicidade sistêmica à lidocaína. Não foi necessária a administração de emulsão lipídica.

Discussão: Os pneumologistas de intervenção devem estar familiarizados com os anestésicos locais mais comuns, respetivos efeitos adversos e gestão de potenciais complicações, de forma a providenciar aos doentes uma anestesia local segura e eficaz.

Palavras-chave: *Toxicidade sistêmica. Anestésico local. Lidocaína.*

PO144. ASPIRADO TRAQUEAL E BRONCOSCOPIA: MÉTODOS DIAGNÓSTICOS PERMUTÁVEIS NA SUSPEITA DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO?

Élin Almeida, Diogo Reboło, Fernando Silva, José Manuel Silva, Maria de Los Angeles Holgado

Unidade Local de Saúde da Guarda.

Introdução: A pneumonia associada à ventilação (PAV) é uma complicação grave e frequente em doentes em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). A instituição precoce de antibioterapia adequada contribui para melhores resultados no doente crítico, incluindo a diminuição da mortalidade. O diagnóstico microbiológico da PAV pode fazer-se por métodos não invasivos como o aspirado traqueal ou através de broncoscopia com lavado broncoalveolar (LBA) ou aspirado brônquico. Estudos recentes mostram que os resultados na PAV podem não ser influenciados pelo método de colheita das amostras para microbiologia; além disso, a broncoscopia pode não estar sempre disponível em UCI e a técnica acarreta potenciais complicações pela sua interferência com a ventilação.

Objetivos: Avaliar a concordância diagnóstica da cultura de amostras obtidas por aspirado traqueal e broncoscopia (LBA e aspirado brônquico) em doentes com suspeita de PAV.

Métodos: Analisaram-se retrospectivamente os resultados dos isolamentos microbiológicos dos doentes internados em UCI, entre janeiro de 2018 e dezembro de 2022, com suspeita clínica de PAV submetidos a broncoscopia e com uma colheita por aspirado traqueal nas 48 horas antes ou após a broncoscopia. Calculou-se a percentagem de concordância e o kappa de Cohen.

Resultados: Incluíram-se 33 doentes, 26,4% do sexo masculino, com uma idade média de $71,9 \pm 14,7$ anos. Os microrganismos mais frequentemente isolados foram *Staphylococcus aureus* (n = 18, 20,7%), *Pseudomonas aeruginosa* (n = 13, 14,9%) e *Klebsiella pneumoniae* (n = 11, 12,6%). A percentagem de concordância entre os resultados microbiológicos entre o aspirado traqueal e a broncoscopia (LBA e aspirado brônquico) foi de 72%, correspondendo a uma concordância razoável (k = 0,40 [IC95% 0,08-0,73], p = 0,021).

Conclusões: Os resultados mostram que os dois métodos não são permutáveis no diagnóstico microbiológico da PAV, de crucial importância para evitar a utilização inadequada de antibióticos e a seleção de microrganismos multirresistentes. Assim, em alguns doentes, pode considerar-se a utilização combinada de ambos os métodos de diagnóstico.

Palavras-chave: *Pneumonia associada à ventilação. Aspirado traqueal. Broncoscopia.*

PO145. DRENOS TUNELIZADOS DE LONGA DURAÇÃO EM DERRAMES PLEURAIIS MALIGNOS - HÁ DIFERENÇAS ENTRE NEOPLASIAS PULMONARES PRIMÁRIAS E NÃO-PULMONARES?

Pedro Viegas, Nicole Fernandes, Eloisa Silva, Daniel Coutinho, Ana Oliveira, Carla Ribeiro

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

Objetivos: Os derrames pleurais malignos estão frequentemente associados a sintomatologia, com possível impacto na qualidade de vida. Os drenos tunelizados de longa duração (DTLD) são uma opção terapêutica na abordagem destes derrames, permitindo controlo sintomático através da drenagem intermitente de líquido pleural. **Métodos:** Foi realizada uma análise retrospectiva dos DTLD colocados num centro terciário, entre janeiro de 2016 e dezembro de 2022, diferenciada pela etiologia da neoplasia primária. A análise estatística foi realizada com o *software* IBM SPSS Statistics® 27.

Resultados: Foram identificados 57 doentes, 28 com neoplasia pulmonar primária e 29 com neoplasia não-pulmonar. Os resultados estão descritos na figura. Os DTLD por neoplasia pulmonar primária foram colocados principalmente em contexto de internamento (53,6%), enquanto os DTLD por neoplasia não-pulmonar foram introduzidos principalmente em contexto de hospital de dia (73,9%). Nos casos realizados em internamento, o tempo mediano de estadia após colocação do DTLD foi 6,0 [2,0; 9,0] dias nas neoplasias pulmonares primárias e 3,5 [1,0; 14,0] nas neoplasias não-pulmonares. O tempo mediano total sob DTLD foi 61,5 [30,5; 100,8] dias na neoplasia pulmonar primária e 62,0 [37,5; 190,0] dias na neoplasia não-pulmonar. A taxa total de complicações foi 32,1% nas neoplasias pulmonares primárias e 34,5% nas neoplasias não-pulmonares. Aos 90 dias foram retirados 3 DTLD em cada grupo por complicações. Numa análise de sobrevida a 90 dias, pelo método de Kaplan-Meier, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas (p = 0,723).

Conclusões: A taxa de complicações dos DTLD não é negligenciável. As complicações levaram à retirada de 10% dos DTLD aos 90 dias em cada grupo. Não verificamos diferenças de sobrevida entre os doentes com neoplasia pulmonar e não-pulmonar com DTLD.

Palavras-chave: *Drenos tunelizados de longa duração. Derrame pleural maligno.*

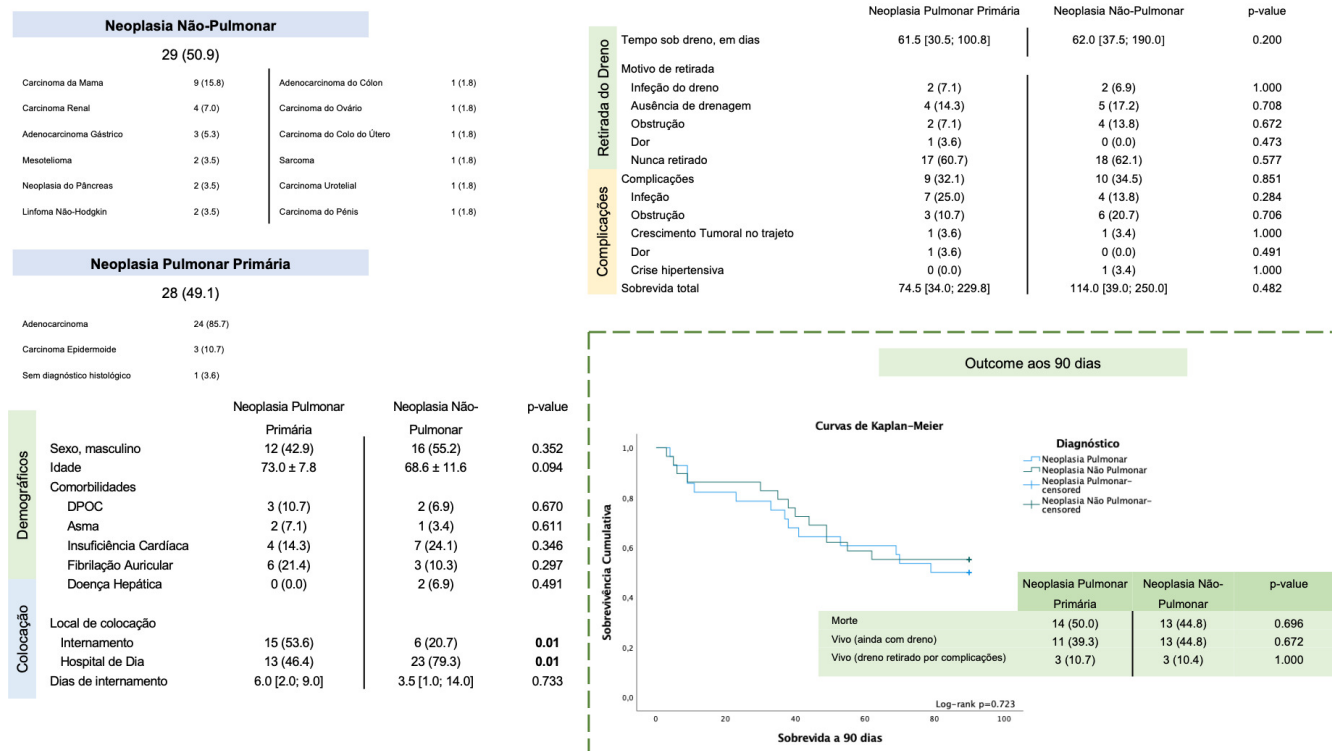


Figura PO145

PO146. EMPIEMA REFRACTÁRIO: QUANDO AS ALTERNATIVAS SE ESGOTAM

André Veloso, Rita Neves, Bruno Santos, Ulisses Brito

CHUA.

Introdução: O empiema continua a ser um problema clínico comum e uma importante causa de mortalidade e morbidade. Apesar do contínuo progresso de conhecimento na gestão desta patologia, existe refratariedade em alguns casos, sendo que o papel da terapêutica intrapleural deve ser ainda mais explorado.

Caso clínico: Homem de 54 anos com antecedentes de HIV, sob terapêutica anti-retroviral, fumador de 20UMA, com consumos prévios de drogas não injectáveis e dislipidemia, seguido em pneumologia por neoplasia pulmonar (adenocarcinoma estadio IVA) e episódio prévio de piopneumotorax. Doente apresenta-se no SU com quadro de toracalgia, febre, dispneia mMRC3 e tosse com expectoração purulenta com 3 dias de evolução. Analiticamente com aumento de parâmetros inflamatórios e na radiografia torácica com hipotransparência da metade inferior do hemitórax direito e aumento de massa previamente existente em estudo. É iniciada antibioterapia, efectuada ecografia torácica onde se observa derrame pleural organizado, posteriormente efectuada toracocentese (líquido serofibrinoso de pH imensurável), colocada drenagem torácica e escalada antibioterapia. Infeção por SARS-CoV-2 durante internamento. Retirada drenagem torácica não funcionante e por manutenção de picos febris e agravamento analítico, escala-se novamente antibioterapia e realiza-se TC-tórax, onde se observa fistulização de massa neoplásica necrosada para a pleura. É colocada nova drenagem torácica. Sem indicação cirúrgica para resolução de empiema, é iniciada instilação pleural com rifampicina durante 9 dias, observando-se melhoria clínica, analítica e radiológica. Doente tem alta, com indicação de colocação de cateter pleural tunelado.

Discussão: Neste doente encontramos um derrame pleural complicado, com progressão para organizativo e empiema, que persiste com antibioterapia, drenagem aspirativa e lavagens pleurais. Dada a refratariedade apresentada e contra-indicação para terapêutica fibrinolítica e cirurgia torácica, foi decidida instilação pleural com antibiótico, observando-se melhoria clínica. No entanto, não existe evidência suficiente que a administração direta de antibiótico no espaço pleural aumente o clearance microbiano ou melhora *outcomes* clínicos.

Palavras-chave: Empiema. Instilação intrapleural.

PO147. PROCEDIMENTOS BRONCOSCÓPICOS EM IDADE PEDIÁTRICA: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO

Gonçalo Portugal, Joana Nascimento, João Cardoso, Francisco Freitas, Paula Monteiro

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Objetivos: Análise retrospectiva de um Centro Hospitalar Universitário de procedimentos broncoscópicos (broncofibroscopia - BFO e broncoscopia rígida - BCR) em idade pediátrica, suas indicações, técnicas subsidiárias e complicações.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo dos doentes submetidos a exames broncoscópicos no Serviço de Pneumologia, com idade inferior a 18 anos, entre jan/2015 e dez/2022.

Resultados: Foram incluídos 319 procedimentos broncoscópicos (BCR 105/32,9% e BFO 214/67,1%). A maioria dos doentes era do sexo masculino (216; 66,8%) e a mediana de idades foi 3 anos. Os grupos etários mais prevalentes foram: 1-5 anos (47,3%) e 13-17 anos (22,6%). A principal indicação para a realização de exames endoscópicos foi a confirmação ou remoção de corpo estranho em

122 doentes (38,2%), num total de 180 procedimentos. Os locais de aspiração dos corpos estranhos foram: árvore brônquica direita 59%; árvore brônquica esquerda 33,3%; traqueia 7,7%. O material removido foi de origem orgânica em 61,5%, inorgânica em 30,8% e desconhecida em 7,7%. Não se identificou corpo estranho em 44 doentes. Entre as BFO destacam-se 51 intubações endotraqueais, correspondendo a 16% de todos os procedimentos realizados. As suas principais indicações foram: malformação craniofacial (31,4%), abscesso orofaríngeo (19,6%) e traumatismo vertebro-medular (15,7%). Foram realizadas técnicas subsidiárias em 83,2% dos exames, destacando-se: aspirado brônquico 50,7%; lavado broncoalveolar 11,6%; e biópsias brônquicas em 3,4%. Houve necessidade de converter a BCR em 23,5% das BFO, pela necessidade de maior canal de trabalho para remoção de corpos estranhos. Surgiram complicações em 17 doentes (5,3%), sendo as mais frequentes: hemorragia em 5 doentes e dessaturação com necessidade de ventilação invasiva em 4 doentes.

Conclusões: A amostra estudada permite evidenciar o papel crucial da Pneumologia de intervenção em contexto de urgência na Pediatria, onde a remoção de corpos estranhos e a necessidade de intubação endotraqueal guiada por fibroscopia constituem a maioria das indicações dos exames realizados nesta unidade.

Palavras-chave: Broncoscopia. Pediatria.

PO148. DERRAME PLEURAL EOSINOFÍLICO COMO REACÇÃO ADVERSA À VENLAFAXINA

Matilde Ferreira de Almeida, João Portela, Inês Estalagem, Carlos Couto

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: Estima-se que 10% dos derrames pleurais exsudativos sejam eosinofílicos (DPE); definidos por contagens celulares com mais de 10% de eosinófilos. Cerca de 25 medicamentos estão implicados no desenvolvimento de DPE, mas eosinofilia periférica (EP) concomitante está descrita para apenas sete.

Caso clínico: Homem, 75 anos, reformado de enfermeiro, ex-fumador (CT 40 UMA), com antecedentes de osteoporose e enfisema pulmonar, recorreu ao serviço de urgência por dispneia e toracal lombalgia esquerda, de características pleuríticas, com 5 dias de evolução. Ao exame objectivo: murmúrio vesicular diminuído à esquerda e insuficiência respiratória parcial com necessidade de oxigenoterapia a 2 L/min. Imagiologicamente: hidropneumotórax, fratura de 5 arcos costais esquerdos. Colocada drenagem torácica, com resolução do pneumotórax e saída total de 805 mL de líquido hemático. Apurou-se história de queda 4 meses antes e episódios de tosse vigorosa, mas fracturas sem indicação cirúrgica. Durante o internamento, com sintomatologia compatível com perturbação de ansiedade generalizada, medicando-se. Analiticamente, evoluiu com EP (valores máximos de 45,2%, $4,79 \times 10^9$ /L). Voltou a refazer o derrame pleural, com saída em toracocentese de 1.200 mL de líquido amarelado concentrado: com pH 7,35 e 4.013 cél./ μ L das quais 52% de eosinófilos. Procedeu-se à suspensão sistemática de fármacos que iniciou no internamento: trazodona, metamizol e tramadol, sem resolução. Após suspensão da venlafaxina, verificou-se regressão da EP, sem refazer DPE. Os exames microbiológicos do líquido, biópsia pleurais e parasitológico das fezes revelaram-se negativos. Anatomia patológica com infiltrado inflamatório inespecífico com formação de agregados linfóides. Admitiu-se DPE e EP por reacção medicamentosa. Actualmente, assintomático, sem recrudescimento de EP ou DPE.

Discussão: Trata-se de um caso raro de DPE com EP concomitante, como reacção adversa da venlafaxina, cuja suspensão permitiu a melhoria clínica, sem tratamento adicional. O caso está concordante com a análise de quatro ensaios randomizados que mostram que a venlafaxina está associada a múltiplos efeitos adversos, com conseqüente necessidade da sua suspensão.

Palavras-chave: Derrame pleural eosinofílico. Eosinofilia. Venlafaxina. Reacção adversa.

PO149. FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA ADQUIRIDA: A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Gonçalo Portugal, Joana Nascimento, João Cardoso, Francisco Freitas, Paula Monteiro

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: A fístula traqueoesofágica adquirida é uma complicação rara com múltiplas etiologias, sendo a intubação endotraqueal prolongada com cuff a mais comum. A colocação de prótese traqueal, em casos selecionados, pode atuar como ponte para o tratamento cirúrgico definitivo.



Casos clínicos: Caso 1: homem de 55 anos com história de carcinoma da laringe em 2003 e portador de traqueostomia definitiva.

Diagnóstico de carcinoma epidermóide do esófago cervical em 2022, tendo sido submetido a quimiorradioterapia definitiva. Admitido em dezembro/2022 por hemorragia digestiva alta maciça secundária a fístula entre a artéria subclávia direita e o esófago. Evidência imagiológica de pneumomediastino e coleções mediastínicas sugestivas de cervico-mediastinite. Colocada a hipótese de complicação de radioterapia cervical que tinha completado há dois meses. Efetuada broncofibroscopia (BFO) de urgência através de traqueostomia sem visualização de fístula para a traqueia e sem coágulos na árvore traqueobrônquica. Foi submetido a exclusão endovascular da fístula arterial. Realizada BFO de revisão às 24 h com evidência de fístula traqueoesofágica com diâmetro superior a 3 cm. Dada a extensão do defeito da parede posterior da traqueia e necrose tecidual adjacente, considerou-se não haver indicação para colocação de prótese traqueal e o doente feio a falecer. Caso 2: mulher de 69 anos com internamento prolongado em UCI por choque séptico secundário a pneumonia de aspiração. Após 23 dias de ventilação mecânica invasiva através de tubo endotraqueal, foi realizada traqueostomia por desmame ventilatório difícil. Ao quinto dia após traqueostomia, necessidade de re-intubação orotraqueal por suspeita de fístula traqueoesofágica. Realizada broncoscopia rígida, visualizando-se fístula traqueoesofágica subglótica com 1,5 cm de diâmetro. Colocada prótese metálica autoexpansível a cobrir a lesão com intuito paliativo por ausência de condições cirúrgicas. A doente teve uma evolução desfavorável e faleceu na semana seguinte.

Discussão: Os casos apresentados evidenciam duas etiologias distintas de fístulas traqueoesofágicas adquiridas e a sua elevada mortalidade, na impossibilidade de tratamento cirúrgico definitivo.

Palavras-chave: *Fístula traqueoesofágica adquirida. Broncoscopia rígida. Prótese traqueal.*

PO150. BIÓPSIAS TRANSTORÁCICAS GUIADAS POR ECOGRAFIA REALIZADAS POR PNEUMOLOGISTAS

Pedro Viegas, Carla Ribeiro, Ana Oliveira

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

Objetivos: A biópsia transtorácica (BTT) guiada por ecografia, permite obtenção de material histológico de lesões da parede torácica, pleurais ou pulmonares. Este procedimento, realizado habitualmente por radiologistas tem vindo cada vez mais a ser realizado por Pneumologistas com experiência em ecografia torácica, com o objetivo de reduzir o tempo de diagnóstico de lesões torácicas, pleurais ou pulmonares com amplo contacto pleural.

Métodos: Foi realizada uma série de casos retrospectiva de BTT guiadas por ecografia realizadas por Pneumologistas do nosso centro, entre agosto de 2019 e agosto de 2022.

Resultados: Foram identificados oito doentes com lesões submetidas a BTT. Dois doentes eram mulheres e 6 eram homens, com idade média de $59,0 \pm 9,3$ anos. Todos eram ex-fumadores, nenhum era obeso ou tinha antecedentes de pneumotórax. Apenas um tinha enfisema pulmonar. Das lesões abordadas, 50,0% tinha localização pulmonar periférica, com contacto pleural, 25,0% localização pleural e 25,0% localizavam-se na parede torácica. O tamanho mediano era 63,5 mm, mínimo 17 mm e máximo 80 mm. O diâmetro de agulha utilizado variou entre 18 e 20G. O tempo mediano até obtenção de diagnóstico foi 9,5 dias, mínimo 4 dias e máximo 21 dias. Dos resultados obtidos, 4 identificaram adenocarcinoma do pulmão, 2 identificaram carcinoma epidermóide do pulmão, 1 identificou carcinoma de células renais e 1 identificou um carcinoma neuroendócrino. Todas as amostras permitiram diagnóstico histológico de neoplasia, apesar que no doente com carcinoma neuroendócrino foi necessária uma amostra de maiores dimensões obtida por broncofibroscopia para diferenciação do subtipo de tumor. Dos casos descritos, 5 foram realizados em contexto de internamento e 3 em consulta externa. Apenas um dos

exames resultou em pneumotórax de pequeno volume, sem consequências para o doente.

Conclusões: A BTT guiada por ecografia realizada por pneumologistas teve elevada rentabilidade diagnóstica, pouca demora na obtenção de resultado histológico e poucas complicações.

Palavras-chave: *Biópsia transtorácica. Biópsias ecoguiadas.*

PO151. CRIÓBIÓPSIA PULMONAR TRANSBRÔNQUICA: EXPERIÊNCIA DE 3 ANOS

Ricardo Petinga Fortes, Catarina Figueiredo Roquete, Margarida Isabel Pereira, Laura Santos, Fernando Rodrigues

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE.

Objetivos: A criobiópsia pulmonar transbrônquica (CPTB) é uma técnica minimamente invasiva que permite obter amostras de maior qualidade e dimensão do que a biópsia pulmonar transbrônquica convencional e tem assumido destaque no diagnóstico de doenças do interstício pulmonar (DIP). O nosso objetivo é determinar a rentabilidade diagnóstica das CPTB realizadas no nosso centro por suspeita de DIP e a taxa de complicações do procedimento.

Métodos: Estudo retrospectivo baseado nos processos clínicos dos doentes (internos e externos) submetidos a CPTB entre novembro 2019 e julho 2022 num hospital secundário.

Resultados: Foram realizadas 41 CPTB, tendo-se excluído da análise 1 doente por informação incompleta. A idade média dos doentes foi 66 anos (29-82 anos), com igual distribuição por sexos. As três hipóteses de diagnóstico mais comuns foram: pneumonite de hipersensibilidade (PH) fibrótica (40%, n = 16), *Nonspecific interstitial pneumonia* (NSIP) fibrótica (20%, n = 8) e sarcoidose (10%, n = 4). O número médio de biópsias realizadas foi 4 (2-7 biópsias). Em 38 casos (95%) foi obtido material com alterações e em 33 (82,5%) foi identificado um padrão histológico característico. O padrão mais frequente foi NSIP (37,5%, n = 15), seguido de *Usual interstitial pneumonia* (10%, n = 4) e PH (10%, n = 4). A histologia contribuiu para alteração do diagnóstico em 14 doentes (35%). Quanto às complicações, ocorreu hemorragia em 28 doentes (70%), ligeira em 20 (71%) e moderada em 8 (29%). Registou-se pneumotórax iatrogénico em 16 doentes (40%), precoce em 11 (27,5%) e tardio em 5 (12,5%), com necessidade de colocação de drenagem torácica em 10 (25%). O tempo médio de internamento foi 3,92 dias (0-58 dias).

Conclusões: A CPTB é uma técnica com elevada rentabilidade diagnóstica. Com o aumento da experiência do Centro, assistiu-se à redução progressiva da taxa de complicações. Os nossos resultados são semelhantes aos publicados por outros autores.

Palavras-chave: *Criobiópsia pulmonar transbrônquica. Doenças do interstício pulmonar.*

PO152. ESTENOSE TRAQUEAL MIMETIZA ASMA NÃO CONTROLADA

Mariana Maia e Silva¹, Joana Patrício², Catarina Couto¹, Luís Carreto¹, Fernando Rodrigues¹

¹*Serviço de Pneumologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.* ²*Serviço de Pneumologia, Hospital de Setúbal.*

Introdução: A estenose traqueal pós-entubação é uma complicação incomum mas potencialmente grave da entubação orotraqueal. Os principais sintomas são dispneia de esforço, pieira e estridor. A abordagem terapêutica não é consensual, mas a broncoscopia de intervenção pode constituir o tratamento definitivo na maioria das estenoses simples.

Caso clínico: Mulher de 38 anos, ex-fumadora (carga tabágica 3 UMA). Antecedentes relevantes de tuberculose pulmonar aos 20 anos com bronquiectasias sequelares e asma desde a infância, com exacerbação grave em 2016 com necessidade de ventilação mecânica

invasiva prolongada e traqueostomia. Medicada com terapêutica inalatória tripla com corticoide inalado em alta dose, antagonista dos leucotrienos, mucolítico e soro fisiológico nebulizado. Referenciada à consulta de Pneumologia em 2021 por asma não controlada, com dispneia de esforço, pieira e múltiplas exacerbações nos últimos dois anos. Da investigação efectuada: análises com eosinófilos < 100/uL, IgE 16,9 UI/mL; estudo funcional respiratório com síndrome ventilatório misto (IT 62%, FEV1 54%, TLC 82%) com prova de resposta ao broncodilatador positiva; TC tórax com bronquiectasias cilíndricas nos lobos superiores e padrão em mosaico compatível com bronquiolite respiratória. Dada sintomatologia com parca resposta à terapêutica médica otimizada em doente com história de traqueostomia prévia foi pedida TC do pescoço, que revelou estreitamento da traqueia abaixo das cordas vocais. Confirmada estenose traqueal circunferencial a 4cm das cordas vocais por broncofibroscopia, com redução de 70% do lúmen. Realizou broncoscopia rígida com terapêutica laser, dilatação mecânica e injeção intraparietal de dexametasona. As reavaliações broncoscópicas posteriores mostram evolução favorável sustentada, e clinicamente apresenta melhoria sintomática, sem novas exacerbações.

Discussão: Com este caso pretendemos salientar a importância de uma história clínica detalhada e alto índice de suspeição para o diagnóstico precoce da estenose traqueal, cujos sintomas podem mimetizar os das doenças pulmonares obstrutivas, para o seu tratamento atempado, destacando-se o papel da broncologia de intervenção como alternativa ao tratamento cirúrgico.

Palavras-chave: Estenose traqueal. Broncoscopia rígida. Asma não controlada.

PO153. BIÓPSIA PLEURAL CEGA NO DERRAME PLEURAL MALIGNO, UM MÉTODO DIAGNÓSTICO EM DESUSO OU UMA OPORTUNIDADE DESPERDIÇADA? ANÁLISE RETROSPECTIVA

David Noivo¹, Manuel Osório², Carolina Alves², Miguel Silveira², Laura Santos², Rui Costa², José Pedro Boléo-Tomé², Fernando Rodrigues²

¹Hospital de São Bernardo, Setúbal. ²Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca.

Introdução: O diagnóstico de derrame pleural maligno (DPM) é potencialmente desafiante na prática clínica. A citologia do líquido pleural (LP) tem uma sensibilidade relativamente baixa. A toracoscopia tem vantagens claras, mas é dispendiosa e com disponibilidade limitada.

Objetivos: Avaliar a sensibilidade e pertinência da realização de biópsias pleurais cegas (BPC) em doentes submetidos com suspeita de DPM.

Métodos: Análise retrospectiva dos doentes com suspeita de DPM submetidos a BPC num hospital terciário de janeiro-novembro de 2022.

Resultados: Efetuaram-se BPC com agulha de Ramel sob controlo ecográfico a 46 doentes. A média de idades foi 70,4 anos ($\sigma = 12,3$) e a maioria era do sexo masculino (58,7%); 73,9% apresentavam hábitos tabágicos. O DPM foi diagnosticado em 32 doentes (69,6%) e o adenocarcinoma do pulmão foi o mais prevalente (50%). Nos doentes em que foi excluído DPM, os diagnósticos mais prevalentes foram insuficiência cardíaca (n = 6) e derrame parapneumónico (n = 5). Três doentes não completaram estudo por óbito. Três doentes sem diagnóstico por BPC efectuaram toracoscopia médica, um excluiu neoplasia e dois confirmaram DPM. A sensibilidade da análise do LP para o diagnóstico de DPM foi de 59,4% (IC: 0,411-0,752), com valor preditivo negativo de 45,8 (IC: 0,271-0,654). Já a sensibilidade da BPC foi de 93,8% (IC: 0,819-0,989) e o valor preditivo negativo de 84,6 (IC: 0,596-0,973). Ambos os procedimentos tiveram especificidades de 100%. Verificaram-se complicações em 10,9% (n = 5): pneumotórax (n = 4), apenas um necessitou de drenagem torácica, e hemotórax com necessidade de drenagem torácica (n = 1).

Conclusões: Apesar de haver cada vez mais consenso quanto à utilização de outros meios de diagnóstico em detrimento da BPC, este método pode permitir um aumento da sensibilidade no diagnóstico de patologia neoplásica, quando a toracoscopia não está disponível ou o doente não é candidato. Numa amostra seleccionada como esta a sensibilidade da BPC pode ser elevada.

Palavras-chave: Biópsia pleural. Derrame pleural maligno. Sensibilidade.

PO154. IMPACTO DA BRONCOFIBROSCOPIA NO TRATAMENTO ANTIMICROBIANO

Margarida M. Carvalho, Mariana Conde, Rita Rodrigues, Beiana Conde, Rafael Noya, Ana Loureiro

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

Objetivos: Determinar o impacto da análise microbiológica de amostras do trato respiratório inferior na estratégia de tratamento antimicrobiano.

Métodos: Estudo retrospectivo analisando as BFO realizadas por patologia infecciosa suspeita/confirmada, de janeiro de 2021 a dezembro de 2022. Análise estatística realizada com SPSS Statistics 25.

Resultados: Analisamos 144 exames, 67,36% (n = 97) no sexo masculino, com média de idades de 60 \pm 14 anos. Os motivos mais frequentes para realização da BFO foram suspeita de tuberculose pulmonar (TP) (40,28%; n = 58), de infeção oportunista (26,39%; n = 38) e infeção refratária ao tratamento (23,61%; n = 34). Verificaram-se isolamentos microbiológicos em 77 procedimentos (53,47%). O lavado broncoalveolar (LBA) foi executado em 52 dos exames (36,11%), com isolamento microbiológico em 33 destes (65,38%). A rentabilidade do exame microbiológico do LBA foi superior à do aspirado brônquico (p = 0,031). Em relação ao aspirado, o LBA apresentou uma odd de 2,15 para obtenção de isolamentos microbiológicos. Os microrganismos mais frequentes foram *Pneumocystis jirovecii* (24,67%; n = 19), *Streptococcus pneumoniae* (14,28%; n = 11), *Staphylococcus aureus* (14,28%; n = 11), e *Mycobacterium tuberculosis* (9,09%; n = 7). A maioria dos doentes com isolamentos encontrava-se sem antibioterapia (n = 61, 79,22%). Em 73,77% (n = 45) o isolamento motivou o de início de antibiótico, de acordo com o teste de suscetibilidade (TSA). Os antibióticos mais frequentemente iniciados foram trimetropim/sulfametoxazol (42,50%; n = 17), amoxicilina/ácido clavulânico (30,00%; n = 12) e HRZE (17,50%; n = 7). Dezasseis doentes (20,77%) encontravam-se sob antibioterapia empírica, 6 deles sob piperacilina/tazobactam e 4 sob amoxicilina/ácido clavulânico. Em 6 doentes (37,50%), alterou-se o antibiótico (TSA a evidenciar resistência ao fármaco).

Conclusões: A obtenção de amostras do trato respiratório inferior para análise microbiológica permitiu iniciar tratamento dirigido em 45 doentes (31,25%) e ajustar a estratégia antibiótica em 6 doentes (4,17%). Apesar do seu carácter invasivo, a rentabilidade do LBA é superior à rentabilidade do aspirado brônquico na identificação de microrganismos, permitindo a instituição de tratamento adequado, evitando a falência terapêutica e novas resistências.

Palavras-chave: Broncofibroscopia. Lavado broncoalveolar. Isolamentos microbiológicos.

PO155. PNEUMOTÓRAX NUMA ENFERMARIA DE PNEUMOLOGIA

Patricia Trindade¹, Sofia Pinto¹, Raquel Silva¹, Diana Organista¹, Miguel Guia^{1,2}, Mónica Pereira^{1,2}, Rita Macedo¹, Ana Cristina Mendes¹, Paula Pinto^{1,2}, Cristina Bárbara^{1,2}

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

Objetivos: O pneumotórax é um dos principais diagnósticos numa enfermaria de Pneumologia, sendo fulcral o seu diagnóstico, tratamento e seguimento.

Métodos: Foram consultadas as notas de alta referentes aos internamentos com o diagnóstico de pneumotórax entre julho de 2021 e dezembro de 2022 na enfermaria de Pneumologia de um Hospital Universitário e foram analisados dados relativos à etiologia, clínica e tratamento.

Resultados: Foram admitidos trinta e nove doentes com pneumotórax nestes período, dos quais quatro reinternamentos por recorrência. Verificou-se maior prevalência em homens (74%), idade média de 46 anos, sendo o lado esquerdo mais frequentemente afetado (51%); 31% eram espontâneos primários e 31% recorrentes. 64% não eram fumadores ativos mas 51% tinham hábitos tabágicos prévios com média de 36 UMAs. Os sintomas mais frequentes foram torcálgia (79%), dispneia (41%) e tosse (12%). A radiografia torácica identificou 87% dos pneumotórax, em 32% foi pedida TC torácica concomitante. O tratamento conservador com repouso e oxigenoterapia foi escolhido em 25% dos doentes com 7,2 dias em média até reabsorção; 72% dos pneumotórax foram submetidos a drenagem que se manteve em média 5,6 dias até expansão pulmonar. Os efeitos adversos da drenagem mais reportados foram torcálgia (80%) e enfisema subcutâneo (13%). O prognóstico foi globalmente favorável, destacando-se três óbitos (8%) não relacionados com o pneumotórax. Verificaram-se 14% de transferências para Cirurgia Torácica e 30% foram referenciados a consulta desta especialidade.

Conclusões: Na nossa casuística, o pneumotórax afetou doentes jovens, predominantemente homens, fumadores, apresentando sintomatologia inespecífica e variada, sendo frequente recorrentes e tendo o diagnóstico sido feito maioritariamente por radiografia torácica. Após a alta, os doentes devem manter acompanhamento para reavaliação clínica e imagiológica e exclusão de etiologia secundária, tendo muitas vezes necessidade de referência a Cirurgia Torácica.

Palavras-chave: *Pneumotórax.*

PO156. O QUE UM CORPO ESTRANHO PODE MIMETIZAR: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

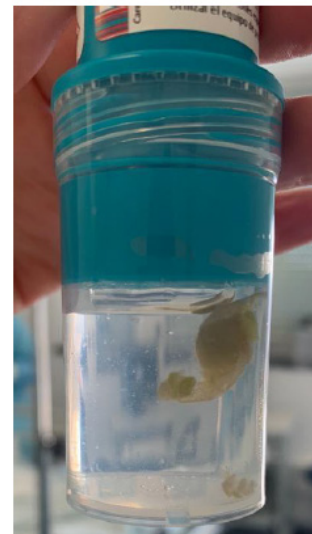
Sara Morgado, Ana Santos, Maria Luísa Oliveira, Margarida Raposo, Fernando Nogueira

Hospital de Egas Moniz-Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

Introdução A aspiração de corpo estranho ocorre sobretudo em crianças, sendo rara em adultos, no entanto a sua incidência aumenta com o avançar da idade.

Caso clínico: Homem, 78 anos. Parcialmente dependente nas atividades da vida diária. Com antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) GOLD 2D com insuficiência respiratória parcial sob oxigenioterapia de longa duração, hipertensão arterial, cardiopatia isquémica, fibrilhação auricular e internamento em dezembro de 2021 por pneumonia adquirida na comunidade. Medicado com budesonido/formoterol 160/4,5 µg/dose 2 inalações 12/12h, brometo de ipratrópio 20 µg/dose 6 inalações 6/6 h, amiodarona 200 mg/dia, perindopril 10 mg/dia, apixabano 5 mg 12/12h. Recorreu ao Serviço de Urgência a 10/01/2022 por quadro de dispneia, febre e tosse com expectoração muco-purulenta com cinco dias de evolução, negando outra sintomatologia. À observação encontrava-se febril (38 °C) e à auscultação pulmonar com roncospontal no hemitórax direito. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios (PCR 26,4 mg/dl), antigenúrias e exame bacteriológico da expectoração negativos. Foi assumido o diagnóstico de pneumonia nosocomial e iniciou empiricamente piperacilina-tazobactam. Ficou internado no Serviço de Pneumologia. A 17/01 realizou tomografia computadorizada de tórax que revelou “no brônquio intermediário (B1), imagem nodular intra-brônquica com aproximadamente 9 mm, suspeita de lesão proliferativa/corpo estranho”. Para esclarecimento, a 20/01 realizou videobroncofibroscopia

mostrando “corpo estranho no B1, esverdeado, móvel, deslocando-se para o brônquio segmentar basal posterior direito (B10), que foi removido, sugestivo de ervilha”, cuja histologia correspondia a “material exógeno”. Cumpriu dez dias de piperacilina-tazobactam. Teve alta mantendo seguimento em consulta de Pneumologia.



Discussão: Com este caso clínico pretende-se relembrar a importância da hipótese de diagnóstico de aspiração de corpo estranho, sobretudo na população geriátrica, sendo necessário o seu diagnóstico diferencial com pneumonia, exacerbação de DPOC ou asma, cancro do pulmão, entre outros. Para além disso, gostaríamos de destacar o papel fulcral da broncofibroscopia, um exame seguro e eficaz, tanto no diagnóstico como no tratamento desta entidade.

Palavras-chave: *Corpo estranho. Pneumonia. Cancro do pulmão. Broncofibroscopia.*

PO157. DERRAME PLEURAL COMO APRESENTAÇÃO DE LINFOMA

Catarina Giesta, Manuel d’Almeida, Sara Ferreira, Carlos Lousada
Centro Hospitalar Médio Tejo.

Introdução: O envolvimento pleural por linfoma não Hodgkin difuso de grandes células B (LNH DGCB) é comum e está associado a pior prognóstico. Contudo, o derrame pleural como apresentação inicial de LNH-DGCB, sem evidência de adenomegalias ou massas extra-pleurais, é raro. Esta entidade foi recentemente incluída na 5ª

edição da classificação da World Health Organization para tumores hemato-linfoides como linfoma B de grandes células associado à sobrecarga de líquidos, que difere do linfoma pleural primário por não estar associado ao vírus herpes humano 8.

Caso clínico: Homem de 89 anos, autônomo, não fumador, com antecedentes pessoais de neoplasia do reto operado com alta da consulta de Oncologia Médica, cardiopatia isquêmica, doença renal crônica e SAOS. Recorreu ao serviço de urgência por quadro com uma semana de evolução de dispneia em repouso e tosse. Objectivamente constatou-se diminuição do murmúrio vesicular nos 2/3 inferiores do hemitórax esquerdo. A radiografia do tórax evidenciou uma hipotransparência nos 2/3 inferiores do campo pulmonar esquerdo. Analiticamente destacava-se a ausência de parâmetros de inflamação e hipoxemia. Foi realizada toracocentese diagnóstica e evacuadora, com saída de 1.200 ml de líquido pleural (LP) serohemático turvo compatível com exsudado. A tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica confirmou a presença de volumoso derrame pleural esquerdo e infiltração difusa dos planos mediastínicos e hilar à esquerda, com aparente formação nodular sólida e com limites pouco definidos. Durante o internamento foram realizadas biópsias pleurais cegas e nova toracocentese evacuadora. No entanto, observou-se agravamento clínico, principalmente da insuficiência respiratória, e apesar da terapêutica instituída, o doente veio a falecer. Posteriormente, foram obtidos os resultados das citologias do LP e o resultado anatomopatológico das biópsias pleurais que foram todos compatíveis com LNH DGCB (expressão intensa e difusa de CD45 e CD20).

Discussão: Salientamos este caso não só pela raridade da patologia, bem como pela importância da abordagem diagnóstica atempada dos derrames pleurais.

Palavras-chave: Linfoma. Derrame pleural.

PO158. MEDIASTINOSCOPIA: COMPLICAÇÕES POUCO FREQUENTES, MAS NÃO IMPOSSÍVEIS

Maria João Cavaco¹, Maria João Santos², Direndra Hasmucrai², Cristina Rodrigues², Fernanda Paula², Filipe Froes²

¹Centro Hospitalar do Oeste. ²Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte.

Introdução: A mediastinoscopia desempenha um papel importante no estadiamento mediastínico da neoplasia do pulmão. Embora mais invasivo que a ecoendoscopia brônquica (EBUS), é um procedimento com elevada rentabilidade diagnóstica. Possui uma baixa taxa de complicações (< 2%), das quais se destaca a hemorragia (< 0,5%) pela sua potencial gravidade. Não existe uma definição consensual

de hemorragia *major*, sendo normalmente considerada quando existem perdas hemáticas ≥ 500 mL, necessidade de administração de unidade de concentrado eritrocitário (UCE) ou necessidade de conversão para cirurgia aberta.

Caso clínico: Homem, 72 anos, autônomo, ECOG 0, fumador ativo (52 UMA), com antecedentes de hipertensão arterial. Identificada massa do lobo superior esquerdo (LSE) com 10 x 3 cm como achado incidental em tomografia computadorizada torácica (TCt). Presença de um gânglio aumentado em janela aorto-pulmonar (16 mm) e outro pré-carinal (11 mm). Realizada broncofibroscopia com biópsia brônquicas, cuja histologia identificou adenocarcinoma de padrão sólido e acinar. A PET-TC confirmou massa hipercaptante do LSE, com região central hipocaptante, e dois focos de intensidade ligeira correspondentes aos gânglios identificados na TCt. Decidido em reunião multidisciplinar de Oncologia Pneumológica realizar estadiamento ganglionar com mediastinoscopia, perante indisponibilidade de realizar atempadamente EBUS. Doente internado eletivamente para mediastinoscopia cervical anterior. Procedimento complicado por hemorragia *major* na região para-aórtica esquerda com necessidade de conversão para cirurgia aberta de emergência (esternotomia mediana e toracotomia esquerda). Identificada invasão macroscópica do hilo pulmonar esquerdo. A cirurgia demorou 7 horas, com perdas hemáticas estimadas de 1.200 mL, transfusão de uma UCE e instabilidade hemodinâmica no pós-operatório imediato. O restante internamento foi complicado por síndrome confusional agudo e bacteriemia primária a *Serratia marcescens* num total de 28 dias, incluindo 9 dias em Unidade de Cuidados Intensivos.

Discussão: Embora a hemorragia seja uma complicação rara da mediastinoscopia, pode ocorrer e condicionar importante morbidade e mortalidade. Neste caso, o internamento prolongado do doente resultou num atraso no início de tratamento e agravamento do prognóstico vital.

Palavras-chave: Mediastinoscopia. Estadiamento tumoral. Hemorragia.

PO159. TRATAMENTO FIBRINOLÍTICO DE EMPIEMA EM DOENTE COM SÍNDROME MIELODISPLÁSICO: CASO CLÍNICO

Mariana Ribeiro, Isabel Gomes, David Barros Coelho, Patrícia Caetano Mota, David Araújo, André Terras Alexandre

Centro Hospitalar universitário de São João.

Introdução: O tratamento do empiema requer antibioterapia prolongada e drenagem atempada. Se insuficiente, a fibrinólise intra-



Fig.1 Avaliação imagiológica à admissão a revelar empiema com espessura máxima 57 mm (à esquerda) e reavaliação após fibrinólise intrapleural (à direita).

pleural (FI) pode auxiliar na resolução, evitando intervenção cirúrgica, mas pode ser dificultada pelas comorbidades do doente, nomeadamente hematológicas.

Caso clínico: Homem, 65 anos, ex-fumador, síndrome mielodisplásico envolvendo as três linhagens celulares, sob suporte transfusional semanal. Internamento prévio prolongado por pneumonia com empiema à direita. Sob antibioterapia empírica e drenagem, apresentou melhoria clínica, analítica e radiológica lenta, sem resolução imagiológica completa. Reinternado 2 meses depois por drenagem torácica espontânea cutânea. A TC tórax mostrou aumento do volume do empiema loculado. Após transfusão plaquetária e colheita de líquido pleural (LP) foi colocado novo dreno, com drenagem residual pela septação. Sem condições para cirurgia torácica. Após discussão com Hemato-Oncologia e Imuno-Hemoterapia foi iniciada FI com alteplase e alfa-dornase em dose protocolada, com instilação única por agravamento da trombocitopenia e anemia. Objetivado aumento do volume de drenagem, serohemática, sem complicações hemorrágicas no imediato e com expansão pulmonar. Sete dias depois, ocorrência de episódio único de hemoptises com admissão breve na UCI para vigilância. A TC tórax mostrou franca redução da coleção pleural e uma imagem sugerindo hematoma possivelmente relacionado com a inserção do dreno. A arteriografia brônquica revelou-se normal. Realizou antibioterapia com ceftriaxone e clindamicina, posteriormente com levofloxacina de acordo com isolamento de *E. coli* no LP. Manteve suporte transfusional para valores alvo de plaquetas ($> 20.000/mm^3$) e hemoglobina ($> 8 g/dL$) e iniciou cinesioterapia respiratória. Ao 5º dia de drenagem pleural apresentou resolução da fístula pleurocutânea, sendo que se removeu o dreno após 3 semanas.

Discussão: A FI é sujeita a complicações e os riscos devem ser ponderados. Neste paciente foi impossível a resolução da infeção sem drenagem. Não havendo contra-indicações absolutas, usando protocolos adaptados e uma equipa multidisciplinar, a FI pode ser uma opção em doentes com doença hematológica quando outros tratamentos falharam.

Palavras-chave: Empiema. Fibrinólise intrapleural. Síndrome mielodisplásico.

PO160. EXPIRA+. PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA EM DOENTES COM DPOC. PROJETO PILOTO DA UCC DE VILA VERDE E USF VIDA+

Marina Pereira Rodrigues¹, Liliana Mendonça¹, Ana Silva Pereira¹, Marta Natário Baptista¹, Sara Daniela Sousa¹, José Ferreira Antunes², Joana Pereira², Cláudia Bulhões^{1,3}

¹USF Vida +. ²Unidade Cuidados na Comunidade de Vila Verde.

³Escola de Medicina da Universidade do Minho.

Objetivos: O EXpiRA+ é um Programa de Reabilitação Respiratória (PRR) que visa melhorar a tolerância ao exercício físico, força muscular dos membros inferiores, capacidade para desempenhar de forma autónoma as atividades diárias, reduzir o impacto psicossocial da doença, para uma melhoria da qualidade de vida e prevenção de exacerbações da DPOC.

Métodos: A intervenção, com duração de 8 semanas, engloba exercício estruturado e sessões educacionais. Para verificar a aplicabilidade da metodologia proposta foi realizado um estudo piloto, com inclusão de 4 doentes que cumpriram os critérios de inclusão: doentes codificados com DPOC e classificados como Gold B, SpO₂ em repouso $> 90\%$ e $> 85\%$ na prova-marcha-6-minutos (PM6M) e FEV-1 pós-broncodilatação $> 30\%$. Os participantes foram avaliados no início (0 semanas), fim da intervenção (8 semanas) e após 6 meses, através dos questionários LDCAL (Capacidade para realizar as atividades da vida diária), CAT (Qualidade de vida), HADS (Ansiedade/depressão) e dos testes PM6M e levantar-sentar-1-minuto. Foi, ainda, realizada uma intervenção intercalar (4 semanas) com aplicação

dos questionários. Aos 6 meses foi avaliado o número de exacerbações. Para análise dos resultados foram calculadas as medianas (P25-P75) e aplicados os testes Wilcoxon Sign Rank-Sum e Friedman, para amostras emparelhadas.

Resultados: Ao longo das avaliações foi verificada uma melhoria das medianas (P25-P75) na PM6M [380 (297-525); 462,5 (390-525); 480 (420-551); $p = 0,018$], teste-levantar-sentar-1-minuto [16,5 (11,5-24); 27 (20,5-39); 31 (15-42); $p = 0,097$] e dos questionários CAT [17 (9,5-24); 5 (3,5-10); 6 (4-10); 9 (7-15), $p = 0,05$] e HADS [12,5 (9-16); 8 (4,5-12); 4,5 (2,5-7); 4 (3,5-9); $p = 0,084$]. Após 6 meses salienta-se uma exacerbação num doente. Sem perdas de seguimento ao longo do estudo.

Conclusões: Verifica-se uma melhoria da tolerância ao exercício físico e da força muscular, com manutenção após terminar a intervenção, reforçando a aplicabilidade do PRR e benefício para o doente com DPOC. A metodologia proposta revelou-se exequível.

Palavras-chave: DPOC. Reabilitação respiratória.

PO161. FATORES LIMITANTES DO EXERCÍCIO EM DOENTES REFERENCIADOS PARA PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA - IS IT ALL ABOUT THE LUNG?

António Madeira Gerardo¹, Susana Clemente², Sílvia Rodrigues², Liliana Gomes², Jorge Rosa², Filipa Todo-Bom²

¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. ²Hospital Beatriz Ângelo.

Objetivos: A Prova de Esforço Cardiorrespiratória (PECR) é considerada o teste de exercício gold-standard para avaliação das causas de intolerância ao esforço. Nos doentes com patologia respiratória crónica, a intolerância ao esforço pode ser causada não apenas por limitação ventilatória mas também por outros fatores como limitação cardiocirculatória, disfunção muscular, fatores nutricionais, psicológicos ou descondicionamento físico. Os Programas de Reabilitação Respiratória (PRR) estão recomendados em doentes com DPOC e, de forma análoga, a outras doenças respiratórias crónicas, de acordo com a sua gravidade. O objetivo deste trabalho foi identificar os fatores limitantes do exercício nos doentes referenciados para PRR.

Métodos: Análise retrospectiva unicêntrica das PECR realizadas entre maio/2012 e agosto/2022, em doentes referenciados para PRR do Hospital Beatriz Ângelo. Aplicado um protocolo de carga incremental em cicloergómetro, até ao exercício máximo tolerado ou interrompido por critérios clínicos.

Resultados: Foram incluídas 197 PECR, os doentes tinham uma idade mediana de 66 anos, sendo a maioria do sexo masculino (76,7%) e ex-fumadores (61,6%). A duração média das PECR foi de 7,4 minutos; a média da carga máxima foi de 54W (45% previsto); a média do consumo de oxigénio no pico (VO₂ pico) foi de 15,8 mL/kg/min (60,5% previsto) e a média do limiar anaeróbio foi de 13,1 mL/kg/min (51% previsto). Identificaram-se fatores limitantes ao exercício em 95,9% dos casos ($n = 189$). A maioria dos doentes (56,1%) apresentou limitação ventilatória (33,3% sem repercussão nas trocas gasosas e 22,8% com repercussão nas trocas gasosas), seguindo-se o descondicionamento físico (14,3%) e a limitação cardiocirculatória (11,6%).

Conclusões: O principal fator limitante do exercício nos doentes referenciados para PRR foi a limitação ventilatória. No entanto, uma proporção relevante de doentes apresentou outros fatores limitantes ao esforço não-ventilatórios. A sua correta identificação possibilita uma intervenção dirigida e uma gestão terapêutica adequada, com o objetivo de reduzir a dispneia e melhorar a tolerância ao esforço.

Palavras-chave: Reabilitação respiratória. Prova de esforço cardiorrespiratória. Intolerância ao esforço. Teste de exercício. Patologia respiratória crónica.

PO162. BARREIRAS À REFERENCIAÇÃO PARA REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA PERCEBIDAS PELOS MÉDICOS DE FAMÍLIA

Liliana Silva¹, Tiago Maricoto², Paula Simão¹, Patrício Costa³, Miguel Padilha⁴

¹Unidade Local de Saúde de Matosinhos. ²Unidade de Saúde Familiar Beira Ria. ³Escola de Medicina da Universidade do Minho. ⁴Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Objetivos: Em Portugal, apenas 2% das pessoas com DPOC têm acesso a reabilitação respiratória (RR), problema também identificado a nível internacional, a par disto verifica-se uma baixa adesão ao tratamento que é justificada por limitações estruturais e contextuais, fatores associados às pessoas e fatores associados aos médicos. Atendendo ao impacto positivo que a RR tem no controlo da doença, na melhoria da condição de saúde e às limitações no acesso a RR, torna-se fundamental melhorar o acesso das pessoas com DPOC à RR, prolongar e estabilizar no tempo os efeitos da RR sobre a condição de saúde e controlo da doença. Deste modo, pretende-se analisar os motivos relacionados com a não referenciação para RR por parte dos médicos de família.

Métodos: Trata-se de um estudo observacional, descritivo e transversal em que a população em estudo são todos os médicos de medicina geral e familiar que trabalham num determinado ACES (Internos de formação específica e especialistas em MGF). Será aplicado um questionário online a toda a população incluindo as variáveis de caracterização sociodemográfica (género, idade e grau académico) e profissionais (categoria, tempo de serviço), assim como os conhecimentos sobre benefícios, critérios, barreiras e hábitos de referenciação para RR. Serão extraídas frequências e estatísticas descritivas para as variáveis conhecidas e hábitos de referenciação para RR e será avaliada a relação entre estas variáveis e as características sociodemográficas.

Resultados: Numa amostra total de 37 respondentes, percebemos que 63,2% (n = 24) referem como principal barreira a falta de adesão pelo utente, e 55,3% (n = 21) identificam como barreira a falta de resposta dos serviços de reabilitação, quer hospitalar quer na comunidade. No que diz respeito aos critérios de referenciação, 26,3% (n = 10) afirmam não os conhecer.

Conclusões: Este estudo realça algumas dificuldades que poderão ser colmatadas com divulgação das respostas existentes e formação sobre RR, seus benefícios e critérios de referenciação.

Palavras-chave: Reabilitação respiratória. DPOC. Médicos de família. Referenciação.

PO163. CARACTERIZAÇÃO DE DOENTES SOB VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA DOMICILIÁRIA COM HIPERCAPNIA (PACO2 ≥ 50,0 MMHG) PERSISTENTE

Joana Lourenço¹, Sara Conde², Daniela Ferreira², Carla Nogueira², Carla Ribeiro²

¹Hospital Pedro Hispano. ²Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho.

Objetivos: Na insuficiência respiratória crónica hipercápnica a ventilação não invasiva domiciliária (VNID) é um dos tratamentos preconizados em determinados doentes. Contudo, o sucesso terapêutico pode ser desafiante. Pretende-se caracterizar os doentes sob VNID que mantêm hipercapnia que definimos como PaCO₂ ≥ 50,0 mmHg.

Métodos: Dos doentes seguidos em consulta de VNID de um hospital terciário entre junho a dezembro de 2021, foram incluídos aqueles cuja PaCO₂ era ≥ 50,0 mmHg de forma persistente. Foram excluídos doentes que, no decorrer desse período, perderam seguimento, faleceram e cuja hipercapnia tenha sido transitória com melhoria para valores < 50,0 mmHg até dezembro 2021. Procedeu-se à análise retrospectiva dos dados obtidos pela consulta do processo clínico.

Tabela 1. Caracterização dos doentes seguidos em consulta de VNID com PaCO₂ ≥ 50,0mmHg de forma persistente entre junho e dezembro 2021.

Idade (anos)	71,1 ± 11,5
Sexo	
»Mulheres	36 (50,0%)
»Homens	36 (50,0%)
Hábitos Tabágicos	
»Não Fumadores	30 (41,7%)
»Ex-fumadores	28 (38,9%)
»Fumadores	14 (19,4%)
Carga Tabágica (UMA)	42,5 [32,0 -54,0]
IMC (Kg/m ²)	30,62 ± 7,70
HTA	53 (73,6%)
Dislipidemia	34 (47,2%)
Diabetes	23 (31,9%)
Insuficiência Cardíaca	33 (45,8%)
Arritmia	14 (19,4%)
Enfarte Agudo do Miocárdio	3 (4,2%)
Acidente Vascular Cerebral	2 (2,8%)
Síndrome Demencial	5 (6,9%)
Depressão/Ansiedade	23 (31,9%)
Défice cognitivo	1 (1,4%)
Gastrite/Doença Refluxo Gastro-Esofágico	9 (12,5%)
Patologia que motivou prescrição VNID	
»Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica	32(44,4%)
»Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica + Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono	9 (12,5%)
»Síndrome Hipoventilação-Obesidade/Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono	12 (16,7%)
»Doenças Neuromusculares	3 (4,2%)
»Síndromes Restritivas da caixa torácica	13 (18,1%)
»Doenças do Interstício Pulmonar	2 (2,8%)
»Outros	1 (1,4%)

Resultados exemplificados como n (%), média ± desvio padrão ou mediana [intervalo interquartil].

Tabela 2. Caracterização da terapêutica com VNID

Gasometria	Prévia ao início de VNID	Sob VNID
»pH	7,39 [7,35-7,40]	7,39 [7,37-7,40]
»pO ₂	60,8 [54,83-68,83]	69,5 [61,45-80,65]
»FIO ₂	21 [21-26]	21 [21-24]
»pCO ₂	57,8 [52,95-68,30]	54 [51,10-59,20]
»HCO ₃ ⁻	32,25 [30,45-35,40]	29,8 [28,30-31,70]
Modo Ventilatório		
»S	2 (2,8%)	
»ST	63 (87,5%)	
»AVAPS	7 (9,7%)	
Tipo de Interface		
»Facial	57 (79,2%)	
»Nasal	15 (20,8%)	
Parâmetros		
»IPAP (cmH ₂ O)	24,0 [20,0-25,0]	
»EPAP (cmH ₂ O)	6,0 [5,0-8,0]	
»FR (cpm)	15 [14,0-16,0]	
Último Relatório		
»Fuga aumentada	21 (29,2%)	
»Relação I:E	1:2,49 ± 0,60	
»Volume corrente (mL)	512,0 [420,0-655,0]	
»IAH (eventos/h)	1,0 [0,4-4,2]	
»Média uso diário (h)	8,0 [6,0-9,4]	
»Dias com utilização >4h (%)	98,4 [81,3-100,0]	
Efeitos Laterais VNI	21 (29,2%)	
» lesão cutânea pressão nariz	3 (4,2%)	
» secura mucosas	3 (4,2%)	
» intolerância a aumento pressão	9 (12,5%)	
» epistáxis	1 (1,4%)	
» claustrofobia	4 (5,6%)	
» assincronia	1 (1,4%)	
Historial de incumprimento outras terapêuticas/faltas	27 (37,5%)	

Resultados exemplificados como n (%), média ± desvio padrão ou mediana [intervalo interquartil].

Resultados: Foram incluídos 72 (24,7%) dos 291 doentes seguidos em consulta de VNID nesse período. A sua caracterização, incluindo as patologias que motivaram a prescrição de VNID, encontra-se documentada na tabela 1. Estes foram maioritariamente referenciados através do internamento de Pneumologia (18, 25,0%) e da consulta de DPOC (17, 23,6%). Apesar da hipercapnia persistente, a PaCO₂ mediana prévia ao início de VNID era significativamente mais elevada (57,8 mmHg; p 0,008). A mediana de tempo sob VNID foi 59,5 (35,0-83,0) meses. Os detalhes relativos à terapêutica com VNID, nomeadamente evolução gasimétrica, modo ventilatório, interface, parametrização e cumprimento encontram-se na tabela 2. Constatou-se globalmente boa adesão terapêutica, apesar de 29,2% experienciar efeitos laterais da ventiloterapia, sobretudo intolerância à titulação de pressão. Em 3 doentes (4,2%) foi suspensa a VNID por incumprimento. A mortalidade aos 6 meses foi de 6,9%.

Conclusões: Os doentes com hipercapnia persistente tem IMC aumentado, múltiplas comorbilidades e em muitos casos intolerância à subida de parâmetros ventilatórios.

Palavras-chave: Ventilação não invasiva. Hipercapnia.

PO164. APLICAÇÃO DE UM NOVO DISPOSITIVO ADAPTADOR DE SONDA NASOGÁSTRICA À INTERFACE DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

Pedro Nogueira Costa¹, Antonio M Esquinas²

¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. ²Hospital General Universitario Morales Meseguer.

Introdução: A ventilação não-invasiva (VNI) é uma estratégia de suporte respiratório que exige uma adequada gestão de complicações como as fugas aéreas, uma consequência inerente ao sistema não-hermético de VNI, frequentemente agravadas por fatores como a anatomia facial do doente e/ou dispositivos médicos como a sonda nasogástrica. Quando não controladas, fugas elevadas podem provocar importantes assincronias ventilatórias e desconforto no doente, aumentando o risco de falência terapêutica.

Caso clínico: Sexo masculino, 63 anos, com antecedentes de DPOC e enfisema. Enviado ao serviço de urgência por agravamento da sintomatologia de base, com dispneia em repouso, febre e tosse produtiva com 4 dias de evolução. Objetivada insuficiência respira-

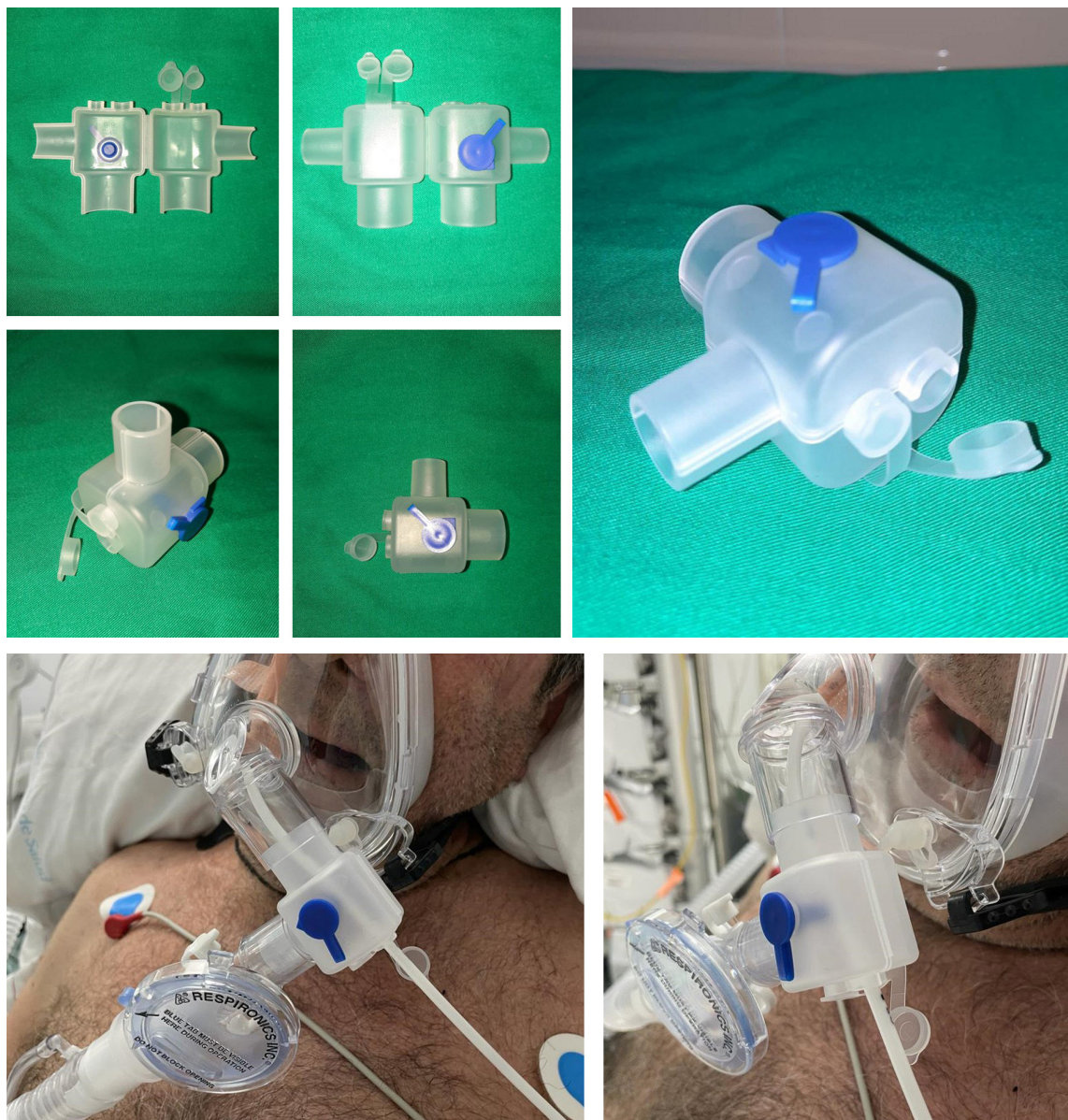


Figura PO164

tória global com acidemia respiratória e iniciada VNI, não tolerada pelo doente. Foi internado para continuação de cuidados, observando-se agravamento do estado geral, com deterioração do estado de consciência pelo que se admitiu no Serviço de Medicina Intensiva. Após a transferência, iniciada sedação por agitação psicomotora e colocada sonda nasogástrica. Reiniciada VNI por pressão positiva em modo bi-nível com interface facial, com dificuldade marcada na gestão de fugas e conseqüente assincronia ventilatória, pelo que, mesmo após otimização paramétrica, se constatou agravamento gasométrico após 1 hora de VNI. Colocado dispositivo adaptador de sonda nasogástrica, com imediata melhoria das fugas aéreas, progressiva correção da sincronia ventilatória e melhoria do volume corrente. Observada melhoria gasométrica após 1 hora de ventilação e subsequente reversão da acidemia respiratória.

Discussão: O caso clínico descrito alerta para a necessidade de adaptação do circuito e interface de VNI às características do doente, além da correta parametrização da VNI. A simples seleção de uma interface adequada à anatomia facial do doente ou a colocação de um dispositivo adaptador de sonda nasogástrica, como o protótipo desenvolvido por Quintero *et al.*, podem desempenhar um papel fulcral na tolerância à VNI e na otimização da sincronia entre doente e ventilador.

Palavras-chave: Ventilação não-invasiva.

PO165. CARACTERIZAÇÃO DE DOENTES COM MUCOPOLISSACARIDOSE SEGUIDOS EM CONSULTA DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA CRÔNICA

Beatriz Martins¹, Daniela Rodrigues², Filipa Carriço², Margarida Redondo², Tiago Pinto², Miguel Gonçalves^{2,3}, Marta Drummond^{2,3}

¹Centro Hospitalar Universitário de São João. ²CRI de Sono e Ventilação do Centros Hospitalar e Universitário de São João. ³Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.

Introdução: As mucopolissacaridoses (MPS) são doenças do armazenamento lisossômico raras, multissistêmicas, associadas a deposição de glicosaminoglicanos nos diversos órgãos e tecidos. Doença pulmonar restritiva e alterações obstrutivas da via aérea são frequentes, associando-se a infeções respiratórias recidivantes, insuficiência respiratória e patologia respiratória do sono.

Objetivos: Caracterização da população diagnosticada com MPS, seguida em consulta de Pneumologia num hospital central e universitário.

Métodos: Análise descritiva dos casos diagnosticados com MPS, seguidos em consulta de insuficiência respiratória crónica (IRC).

Resultados: Foram estudados cinco doentes, com mediana de idade 29 (min. 24, máx. 42) anos, a maioria do sexo masculino (n = 4; 80%). Relativamente à classificação da doença, dois apresentavam MPS tipo IV (40%), dois tipo VI (40%) e um (20%) tipo II. Na avaliação funcional respiratória, todos apresentavam alteração ventilatória restritiva. Todos apresentavam alterações musculoesqueléticas e síndrome de apneia obstrutiva do sono, com mediana de IAH de 14 (min. 7, máx. 36) eventos/hora. Quatro (80%) encontravam-se sob ventilação não invasiva (VNI), três (75%) em modo pressurimétrico e um (25%) sob modo híbrido (AVAPS), com média de uso de 13,5 (min. 9, máx. 22) horas. A mediana de idade de início de VNI foi aos 13 (min. 8, máx. 23) anos, com mediana de tempo de ventilação de 13 anos. A mediana de CO₂ transcutâneo na última consulta foi de 40 (min. 38, máx. 44) mmHg. Apenas um doente foi submetido a traqueostomia por via aérea difícil em internamento prévio em cuidados intensivos. Nesta amostra, de referir um (20%) óbito aos 32 anos. Os restantes doentes não apresentaram intercorrências respiratórias no último ano.

Conclusões: Este estudo pretende demonstrar o perfil clínico-demográfico de doentes com MPS seguidos em consulta de IRC, sendo a maioria homens, todos com patologia respiratória do sono con-

mitante e alteração ventilatória restritiva, tornando mandatória a avaliação funcional e do sono nestes doentes.

Palavras-chave: Mucopolissacaridose. Ventilação não invasiva. Insuficiência respiratória crónica.

PO166. ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD DE LA VENTILACIÓN SERVO-ADAPTATIVA EN EL CONTROL DE APNEAS CENTRALES EN UNA UNIDAD DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO

Luis Alberto Pazos Area¹, Maria Jose Muñoz Martínez¹, Mar Mosteiro Anón¹, María Torres Durán¹, Ramón Tubío Pérez¹, María Helena Santamaría López¹, Fernando Vargas Ursúa¹, Ignacio Fernández Granda¹, Iván Rodríguez Otero¹, Alberto Fernández Villar¹

¹Hospital Álvaro Cunqueiro, Grupo de investigación NeumoVigo I+i. IISGS, Vigo, España.

Objetivos: La ventilación servo-adaptativa (VSA) es un tipo de ventilación no invasiva que surge de la necesidad de controlar las apneas centrales (AC) no controladas con CPAP. Analizar la efectividad de la VSA en el tratamiento de eventos centrales en pacientes que no se controlan con optimización de tratamiento médico y/o CPAP

Métodos: Estudio observacional descriptivo. Se incluyen pacientes en tratamiento con VSA en la unidad de TRS del Hospital Álvaro Cunqueiro desde enero 2010 hasta agosto 2022 por persistencia de AC a pesar de tratamiento médico y CPAP. Se registraron variables epidemiológicas, clínicas, estudios de sueño y telemonitorización. Dos grupos: control (IAH < 15) y mal control (IAH ≥ 15).

N= 44	Buen control	Mal control	
HTA	33 (89,2%)	7 (100%)	0,48
ICC	22 (59,5%)	6 (85,7%)	0,18
FA	19 (51,4%)	1 (14,3%)	0,05
ACV	5 (13,5%)	2 (28,6%)	0,31
Opioides	12 (32,4%)	4 (57,1%)	0,23

N= 44	Buen control	Mal control	
Edad	71,7 (±10,3)	79,7 (±7,4)	0,03*
Sexo	29 (78,4%) vs 8 (21,6%)	5 (71,4%) vs 2(28,6%)	0,64
IMC	32,1 (±4,9)	30,8 (±2,8)	0,36
Predominio AO	19 (61,3%)	1 (20%)	0,08
Uso h/día	6,9 (±2)	7,5 (±1,8)	0,48
Uso total (meses)	45,4 (±32,2)	28,4 (±19,4)	0,08
EPAP media	7,9 (±2,3)	7 (±2)	0,3
PS media	3,7 (±2)	2,8 (±1)	0,12
IAH residual	5,5 (±3,4)	22,8 (±9,4)	0,03*
AC/RCS	10 (27%)	5 (71,4%)	0,05
Compensa	31 (83,8%)	6 (85,7%)	0,69

Resultados: 44 pacientes. Varones 76,1%. Edad media 72,6 ± 20,5 años. IAH medio 47,17 ± 15,2. Al diagnóstico, 52,6% predominio de apneas obstructivas (AO). 97,8% tenían factor de riesgo para AC: comorbilidad cardiovascular 89%, opioides 37%, fármacos depresores del SNC 48% o ACV 15%. Tras CPAP, un 80,4% desarrollaron AC/RCS. El IAH residual (IAHr) medio con CPAP fue de 26,07 ± 11,2. En todos los pacientes salvo en 3 se identificó una causa que justificaba el desarrollo de AC (un 6,5% desarrollaron AC compleja). A los 3 meses de VSA, 80,4% presentaron un IAH < 15. El uso medio fue de 6,8h ± 2,1. EPAP media fue de 7,6 ± 2,2 y PS media de 3,6 ± 1,9. El IAHr fue de 8,2 ± 7,9. Al 80,4% les compensaba el uso de VSA por mejoría clínica y/o de síntomas. 11 pacientes (23,9%) se retiró VSA, 2 por mala tolerancia y 2 por bajo uso.

Conclusiones: La VSA es eficaz en el control de eventos centrales en pacientes que no se controlan con CPAP. A la mayoría de los pa-

cientos les compensa el uso de la VSA por mejoría clínica referida o síntomas. Los pacientes más jóvenes, con predominio de AO al diagnóstico y un uso más prolongado de VSA tienen mejor control.

Palabras clave: AC. VSA. TRS.

PO167. ADAPTAÇÃO A VÁLVULA PASSY-MUIR® PMV007 EM DOENTE COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA SUBMETIDO A VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA POR TRAQEOSTOMIA - UM ESTUDO DE CASO

Liliana Almeida Santos¹, Diana Amorim¹, Paula Cristina Nogueira², Ana Luísa Vieira³

¹Linde Saúde-REMEIO. ²Enfermagem de Reabilitação, Hospital de Braga. ³Pneumologia, Hospital de Braga.

Introdução: A esclerose lateral amiotrófica (ELA) condiciona disfunções da fala, constituindo uma barreira à comunicação e participação social, interferindo negativamente na qualidade de vida e comprometendo a transmissão de decisões. A insuficiência respiratória é comum e a ventilação mecânica invasiva por traqueostomia (VMIT) é uma opção que pode prolongar a vida. A traqueostomia tem um impacto negativo na deglutição, gestão das secreções e capacidade de comunicação verbal. A válvula *Passy-muir*® (PMV007) permite a ventilação e fonação simultâneas em doentes sob VMIT, não estando descrita em doentes com ELA.

Caso clínico: Homem, 73 anos, diagnosticado com ELA há 8 anos. Iniciou ventilação não-invasiva há 5 anos e há 2 anos foi traqueostomizado, encontrando-se sob VMIT desde então. Manifesta vontade de falar simultaneamente à VMIT, avaliando-se critérios de elegibilidade para adaptação a PMV007. Para enquadrar risco de hipercapnia realizou-se oxicapnografia transcutânea, tcCO₂ médio 33,4 mmHg, valores 5/95% de 33/35% respetivamente e SatO₂ basal 98%, e gasimetria sob VMIT (modo ST, FR 18 bpm, EPAP 10 cmH₂O IPAP 22 cmH₂O FiO₂ 21%), pH 7,48 pO₂ 81 mmHg pCO₂ 31 mmHg. O doente tem cânula fenestrada com *Cuff*, pelo que avaliou-se segurança à desinsuflação do *Cuff* e colocação da cânula fenestrada, mantendo boa tolerância após controlo de sialorreia com atropina tópica e higiene brônquica com in-exsufador e aspiração de secreções. Iniciou-se o treino com a PMV007 no circuito da VMIT junto à traqueostomia; para otimização do volume fonatório aumentou-se IPAP para 22 cmH₂O e diminuiu-se EPAP para 6 cmH₂O, considerando uma PEEP de 4 cmH₂O oferecida pela PMV007. O utente tolera 40 min/sessão com estabilidade clínica, sem dificuldade respiratória, tcpCO₂ médio 31,5 mmHg e melhoria considerável da hipofonia e comunicação.

Discussão: Com critérios de elegibilidade e segurança, protocolos de atuação e equipas especializadas, o uso da PMV007 poderá ser um horizonte na abordagem às barreiras na comunicação verbal dos doentes com ELA sob VMIT.

Palavras-chave: ELA. *Passy-muir*®. Traqueostomia. Ventilação mecânica invasiva.

PO168. SÍNDROME OBESIDADE-HIPOVENTILAÇÃO: UM DESAFIO CLÍNICO E TERAPÊUTICO

Catarina Barata¹, Margarida V. Matias¹, Mónica Pereira², Miguel Guia², Diana Organista², Richard Staats², Paula Pinto², Cristina Bárbara²

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

²Unidade de Sono e Ventilação não Invasiva, Departamento do Tórax, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Objetivos: A Síndrome de obesidade-hipoventilação (SOH) é uma patologia ainda subdiagnóstica, associada a grande morbimortalidade cardiovascular. O tratamento de 1ª linha é o CPAP na SOH com síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) e ventilação não in-

vasiva (VNI) com Bi-nível nos doentes sem SAOS. O objetivo deste trabalho foi analisar uma amostra de doentes com SOH seguidos na Unidade de Sono e VNI de um Hospital Universitário.

Métodos: Foi realizado um estudo transversal em 51 doentes. Foram recolhidos dados demográficos e clínicos, como comorbilidades, função pulmonar e terapêutica instituída.

Resultados: Foi analisada uma amostra de 51 doentes, com idade média de 71 ± 12 anos, sendo 61% mulheres. O IMC médio era de 43 ± 7 kg/m² (IMC > 45 kg/m² em 19 doentes) e 84,3% apresentavam SAOS concomitante, com IAH médio de 60 ± 31 eventos/h (ligeiro = 5, moderado = 12, grave = 26). Não se verificou correlação entre o IMC e o IAH. As comorbilidades mais frequentemente associadas foram a hipertensão arterial (n = 45, 88%), dislipidemia (n = 31, 61%) e diabetes (n = 25, 49%). Dez doentes (19%) tinham, ainda, cardiopatia isquémica e 14% hipertensão pulmonar. Em relação à função pulmonar 14% apresentavam padrão restritivo. No que refere ao tratamento, 11% (n = 6) iniciaram VNI em contexto de exacerbação aguda; 63% (n = 32) iniciaram terapêutica com CPAP e 25% (n = 13) iniciaram VNI eletivamente. Por manutenção da hipercapnia, 94% (n = 48) dos doentes apresenta-se presentemente sob VNI (modo S/T ou AVAPs), em que 24% mantêm hipercápnia (P_{aCO2} 56 ± 12 mmHg) e 27% necessitam de oxigenoterapia adjuvante.

Conclusões: Neste estudo, a maioria dos doentes apresentava SAOS grave concomitante e não foi encontrada correlação entre IMC e IAH, o que corrobora a existência de outro mecanismo fisiopatológico para além dos eventos apneicos na SOH.

Palavras-chave: Síndrome obesidade-hipoventilação. Ventilação não-invasiva. Síndrome de apneia obstrutiva do sono.

PO169. REFERENCIAÇÃO À CONSULTA DE VNI DOMICILIÁRIA NUM CENTRO HOSPITALAR: QUEM SÃO OS DOENTES QUE NÃO INICIAM VENTILOTERAPIA?

Diogo Ferreira, Marta Castro, Daniela Ferreira, Carla Nogueira, Sara Conde, Carla Ribeiro

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho.

Objetivos: Tem-se assistido a uma maior consciencialização da necessidade de referenciação precoce dos doentes que podem vir a beneficiar de VNI domiciliária. Uma das consequências desta mudança é o facto de nem todos os doentes iniciarem ventiloterapia após avaliação em consulta. Pretende-se caracterizar os indivíduos referenciados à consulta de VNI domiciliária que não iniciaram tratamento com VNI.

Nº Total de doentes avaliados em consulta	374
Nº doentes que não iniciou VNI	80 (21.4)
Idade (mediana)	69.5 [19.0; 93.0]
Sexo masculino	39 (48.8)
Proveniência:	
- Consulta de Pneumologia	48 (60)
- Consulta de outra especialidade	22 (27.5)
- Internamento hospitalar	4 (5.0)
- Desconhecido	3 (3.8)
- Serviço de Urgência	2 (2.5)
- Cuidados de Saúde Primários	1 (1.2)
Patologia com indicação para VNI:	
- Doença neuromuscular	23 (28.7)
- DPOC	22 (27.5)
- SAOS + hipercapnia +/- intolerância ao CPAP	12 (15.0)
- Restrição da caixa torácica	8 (10.0)
- Doença do interstício pulmonar	6 (7.5)
- DPOC + SAOS	5 (6.3)
- IR tipo 2 em estudo	3 (3.8)
- SOH	1 (1.3)
PaCO ₂ mediana à data da referenciação	51.5 [49.6; 53.4]
PaCO ₂ mediana na consulta	48.0 [37.0; 70.3]
Tempo mediano entre as medições de PaCO ₂ (meses)	4.0 [1.0; 16.0]
Motivo para não iniciar VNI:	
- Sem indicação para ventiloterapia	36 (45)
- Com indicação para CPAP/ APAP	17 (21.3)
- Sem condições e/ou capacidade para iniciar VNI	10 (12.5)
- Recusa/ intolerância ao ventilador	8 (10.0)
- Perda de seguimento em consulta	8 (10.0)
- Malformações craniofaciais	1 (1.3)
Nº doentes com alta da consulta	63 (78.8)

Dados apresentados como n (%), média [IC 95%] ou mediana [mínimo, máximo]

Legenda: DPOC = Doença pulmonar obstrutiva crónica; SAOS = síndrome de apneia obstrutiva do sono; SOH = síndrome de obesidade-hipoventilação; PaCO₂ = Pressão arterial de CO₂ (mmHg).

Métodos: Estudo retrospectivo dos indivíduos referenciados a uma consulta hospitalar de VNI domiciliária, durante o período de 1 de janeiro de 2018 a 31 de dezembro de 2021, e que não iniciaram tratamento com VNI durante esse período. Foi colhida a informação demográfica e clínica através de consulta do processo clínico do doente.

Resultados: Os resultados obtidos apresentam-se na tabela.

Conclusões: Os diagnósticos principais mais prevalentes nos doentes referenciados à consulta e que não iniciaram VNI foram as doença neuromusculares e a DPOC. De entre os motivos para não iniciarem VNI, a ausência de indicação ou de condições e/ou capacidade para VNI, e a presença de indicação para CPAP/APAP foram os mais frequentemente reportados. Uma melhor definição dos critérios de início de VNI poderá otimizar a referência à consulta.

Palavras-chave: Ventilação não invasiva. Insuficiência respiratória.

PO170. A PERSPETIVA DO DOENTE SOBRE O LOCAL DE ADAPTAÇÃO A VENTILAÇÃO DOMICILIÁRIA NÃO INVASIVA

Diana Amorim⁴, Leonor Roseta¹, Cristina Jacome², Pedro Oliveira³, Daniela Ferreira¹, Carla Nogueira¹, Sara Conde¹, Carla Ribeiro¹

¹Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho. ²CINTESIS@RISE, MEDCIDS, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. ³ISPUP-EPI Unit, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto. ⁴Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Leiria.

Objetivos: A ventilação domiciliária não invasiva (VDNI) está indicada em doentes com insuficiência respiratória crónica de várias causas. Tradicionalmente, a adaptação da VDNI era feita em internamento hospitalar, mas esta abordagem tornou-se insustentável em serviços de saúde com recursos limitados, além de estar associada a risco acrescido de infeções hospitalares. Desta forma, o início de VDNI em ambulatório surgiu como uma alternativa importante. O objetivo deste estudo foi avaliar a perspetiva dos doentes sobre o local de início de VDNI.

Tabela 1 - Caracterização do local de adaptação à VDNI e perspetiva dos doentes sobre o início do tratamento (n = 235).

	Total	Adaptação em consulta (n = 117)	Adaptação noutro local (n = 117)	Valor p
Patologia				
DPOC	118 (50.3)	63 (53.4)	55 (46.6)	
SOH	64 (27.2)	23 (36.5)	40 (63.5)	0.065
DRCT	38 (16.2)	21 (55.3)	17 (44.7)	
DNM	15 (6.4)	10 (66.7)	5 (33.3)	
Primeiro local onde utilizou ventilação				
Consulta	90 (38.6)	84 (71.8)	6 (5.1)	<0.001
Enfermaria	71 (30.4)	13 (11.1)	58 (49.6)	
Em casa	42 (18.0)	10 (8.5)	32 (27.3)	
Serviço de Urgência	28 (12.0)	9 (7.7)	19 (16.2)	
Unidade de cuidados intermédios ou intensivos	2 (0.9)	1 (0.9)	1 (0.9)	
Local onde foi feita a adaptação ao ventilador atual				
Ambulatório de ventilação em clínica	117 (50.0)	117 (100)		<0.001
Enfermaria	59 (25.2)		59 (25.2)	
Em casa	47 (20.1)		47 (20.1)	
Urgência	11 (4.7)		11 (4.7)	
Educação sobre ventilação na adaptação à VDNI				
A informação fornecida foi suficiente	209 (88.9)	109 (93.2)	99 (84.6)	0.038
Gostaria de ter recebido mais informação	20 (8.5)	7 (6.0)	13 (11.0)	0.160
Foram-me apresentadas as vantagens do tratamento	169 (71.9)	96 (82.1)	72 (61.5)	0.001
Foram-me apresentadas as potenciais desvantagens e efeitos secundários do tratamento	109 (46.4)	64 (54.7)	44 (37.9)	0.009
Foi-me demonstrado como funciona o ventilador	186 (79.1)	101 (86.3)	84 (71.8)	0.006
Foi demonstrado ao meu cuidador como funciona o ventilador	105 (44.7)	57 (48.7)	48 (41.0)	0.230
Tempo de adaptação de acordo com o doente				
Algumas horas	104 (44.3)	55 (47.0)	49 (41.9)	0.119
Menos de 15 dias	85 (36.2)	35 (29.9)	49 (41.9)	
15 dias a 3 meses	32 (13.6)	16 (13.7)	16 (13.7)	
Mais de 3 meses	8 (3.4)	6 (5.1)	2 (1.7)	
Ainda não me adaptei ao ventilador	6 (2.6)	5 (4.3)	1 (0.9)	
A presença de outros doentes na consulta ajudou na adaptação				
Sim	111 (47.4)	52 (44.4)	59 (50.4)	0.617
Não	27 (11.5)	14 (12.0)	12 (1.7)	
Foi indiferente	96 (41.0)	51 (43.6)	45 (38.5)	

VDNI – ventilação domiciliária não invasiva; DPOC – doença pulmonar obstrutiva crónica; SOH – síndrome obesidade-hipertensão; DRCT – doença restritiva da caixa torácica; DNM – doença neuromuscular.

Métodos: Análise retrospectiva dos doentes avaliados em consulta de VDNI entre setembro de 2019 e março de 2020, que se encontravam sob ventilação há pelo menos 30 dias. Os doentes preencheram um questionário (construído pela equipa de investigação) sobre a sua perspetiva relativamente ao local em que foi efetuada a adaptação ventilatória.

Resultados: Foram incluídos 235 doentes, a maioria do sexo masculino (127, 54,0%), com idade mediana de 70,0 [64,0-76,0] anos. Mais de um terço dos doentes utilizou pela primeira vez ventilação na consulta de VDNI (38,6%) e metade foi adaptada ao ventilador atual também em consulta. Apesar de existirem algumas diferenças quanto ao tempo de adaptação, 80,5% dos doentes referiram que se adaptaram ao ventilador em menos de 15 dias. Não houve diferença estatisticamente significativa entre o local de adaptação e o tempo que os doentes demoraram a sentir-se adaptados. A maioria dos doentes refere boa comunicação e educação sobre o uso da ventilação na sua adaptação, de forma significativamente melhor nos doentes que iniciaram a VDNI em consulta.

Conclusões: Os doentes que iniciaram VDNI em consulta tiveram uma experiência positiva, com melhor comunicação e educação relativamente ao tratamento em comparação com os doentes adaptados noutros lugares.

Palavras-chave: Ventilação não invasiva. Adaptação. consulta.

PO171. CARACTERÍSTICAS DOS DOENTES SOB VENTILAÇÃO DOMICILIÁRIA NÃO INVASIVA CONSOANTE O LOCAL DE ADAPTAÇÃO: UM ESTUDO COMPARATIVO

Leonor Roseta¹, Diana Amorim², Cristina Jacome³, Pedro Oliveira⁴, Daniela Ferreira¹, Carla Nogueira¹, Sara Conde¹, Carla Ribeiro¹

¹Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho. ²Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Leiria. ³CINTESIS@RISE, MEDCIDS, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. ⁴ISPUP-EPI Unit, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto.

Objetivos: Tradicionalmente, a ventilação domiciliária não invasiva (VDNI) deve ser iniciada e titulada num ambiente clínico, requerendo internamento, para uma monitorização mais avançada. Isto implica um maior risco de infeções hospitalares e um elevado custo de tratamento. Deste modo, o início da ventilação em consulta de VDNI surgiu como uma alternativa pertinente que deve ser considerada.

Objetivos: Caracterizar e comparar doentes sob ventilação domiciliária não invasiva consoante o local de iniciação.

Métodos: Análise retrospectiva de doentes seguidos em consulta de VDNI de um hospital terciário num período de 6 meses. Foram colhidos dados demográficos e clínicos de cada doente, bem como o local de iniciação da ventilação: consulta de VDNI ou outro local (internamento, serviço de urgência, domicílio).

Resultados: Foram incluídos 235 doentes. A caracterização e comparação destes doentes encontram-se sumarizadas na tabela. Verificou-se que a maioria dos doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica, doença restritiva da caixa torácica e doença neuromuscular iniciaram a ventilação não invasiva em consulta de VDNI ao contrário dos doentes com síndrome obesidade hipoventilação. Contudo, esta diferença não foi estatisticamente significativa.

Conclusões: Os doentes que iniciaram VDNI em consulta ou noutro local são semelhantes nas suas características clínicas, o que reforça o papel desta consulta como uma potencial alternativa segura e eficaz no início deste tratamento.

Palavras-chave: Ventilação domiciliária não invasiva. Consulta de ventilação domiciliária não invasiva.

Tabela 1. Caracterização e comparação dos doentes que iniciaram ventilação domiciliária não invasiva em consulta ou noutra local

	Total	Início da VDNI em consulta	Início da VDNI noutra local	p value
Doença N (%)				
DPOC	118 (50.3)	63 (53.4)	55 (46.6)	0.065
SOH	64 (27.2)	23 (36.5)	40 (63.5)	
DRCT	38 (16.2)	21 (55.3)	17 (44.7)	
DNM	15 (6.4)	10 (66.7)	5 (33.3)	
Idade	70.0 [64.0-76.0]	69.0 [62.5-75]	72.0 [64.0-77.0]	0.471
Sexo (% masculino)	127 (54.0)	64 (50.8)	62 (49.2)	0.900
IMC (Kg/m²)	32.0 [26.5-39.0]	31.0 [25.0-38.0]	33.0 [27.0-40.0]	0.110
VDNI				
Uso diário (horas/dia)	8.0 [6.0-10.0]	8.0 [6.0-10.0]	8.0 [7.0-9.0]	0.368
Meses de uso	35.0 [12.0-66.0]	30.0 [12.0-63.0]	37.0 [14.5-70.3]	
Gasometria Arterial				
PaCO ₂ (mmHg)	45.0 (5.6)	45.3 (5.7)	44.8 (5.4)	0.433
HCO ₃ (mmol/L)	27.9 (3.0)	28.0 (3.1)	27.8 (2.9)	0.555
Prova Função Respiratória				
FEV ₁ (% predicted)	47.0 [32.0-64.3]	46.0 [33.0-59.0]	50.0 [29.8-47.0]	0.090
FVC (% predicted)	65.0 [50.8-75.0]	61.0 [48.0-74.0]	67.5 [53.9-79.0]	0.032
Parâmetros de Ventilação				
IPAP (cmH ₂ O)	20.0 [18.0-24.0]	21.0 [18.0-23.0]	20.0 [18.0-24.0]	0.775
EPAP (cmH ₂ O)	7.0 [6.0-9.0]	7.0 [6.0-9.0]	7.0 [6.0-8.0]	0.722
FR (cpm)	15 [14-16]	15 [14-16]	15 [14-16]	0.393
Interface (%)				
Máscara oronasal	175 (74.5)	87 (74.4)	88 (75.2)	0.539
Máscara nasal	59 (25.1)	30 (25.6)	27 (23.1)	
Traqueostomia	1 (0.4)	0	1 (0.9)	
Humidificador (%)	75 (31.9)	36 (30.8)	39 (33.3)	0.779

VDNI – ventilação domiciliária não invasiva; DPOC – doença pulmonar obstrutiva crónica; SOH – síndrome obesidade hipoventilação; DRCT – doença restritiva da caixa torácica; DNM – doença neuromuscular; IMC – índice de massa corporal; FEV₁ – volume expiratório forçado em 1 segundo; FVC – capacidade vital forçada; IPAP – pressão positiva inspiratória; EPAP – pressão positiva expiratória; FR – frequência respiratória; cpm – ciclos por minuto

PO172. BENEFÍCIOS DA OXIGENOTERAPIA NASAL DE ALTO FLUXO DOMICILIÁRIA EM DOENTES RESPIRATÓRIOS CRÓNICOS

Mariana Ribeiro, Pedro Ferreira, Carla Damas

Centro Hospitalar Universitário de São João.

Objetivos: As exacerbações das doenças respiratórias crónicas associam-se a declínio funcional e maior mortalidade. A oxigenoterapia nasal de alto fluxo (ONAF) pode reduzir a frequência de exacerbações, aumentar a capacidade de exercício e melhorar a qualidade de vida destes doentes. Pretendemos caracterizar uma população de doentes sob ONAF domiciliário e avaliar o benefício da sua introdução.

Métodos: Análise retrospectiva de doentes seguidos num hospital terciário com início de ONAF domiciliária até outubro de 2022. Os testes t-Student ou Mann-Whitney foram aplicados para variáveis contínuas paramétricas ou não paramétricas, respetivamente. O teste qui-quadrado foi usado para comparar variáveis categóricas.

Resultados: Foram analisados 21 doentes, 57,1% homens, com mediana de idades de 65 anos (AIQ 63). As doenças intersticiais foram a patologia mais frequente (52,4%). Dez doentes (47,6%) apresentavam síndrome ventilatório obstrutivo. Onze doentes (52,4%) apresentavam síndrome ventilatório restritivo (SVR). A mediana do FEV₁ foi 1,40L (AIQ 0,96). O volume residual (VR) e capacidade pulmonar total (CPT) médios foram, respetivamente, 1,76 ± 0,72 L e 3,89 ± 1,04 L. Quinze doentes apresentaram uma redução no número de internamentos e catorze no número episódios de urgência após início de ONAF, com uma correlação estatisticamente significativa entre ambas as variações (p = 0,002, r = 0,66). Doentes com menos episódios de urgência após ONAF estavam sob fluxos de O₂ significativamente inferiores (U = 21,00, p = 0,03). Doentes com medianas superiores de VR e CPT apresentaram menos internamentos após início de ONAF (U = 10,00, p = 0,03 e U = 9,00, p = 0,016). Doentes

com SVR evidenciaram menor benefício na redução de internamentos (p = 0,012).

Conclusões: O início de ONAF domiciliária permitiu reduzir a recorrência ao serviço de urgência e internamentos na maioria dos doentes. A correlação entre as variações nos episódios de urgência e nos internamentos corrobora a relação entre a frequência de exacerbações e morbimortalidade nestes doentes. Casos de SVR e volumes pulmonares estáticos inferiores relacionaram-se com menor benefício na introdução de ONAF.

Palavras-chave: Doenças respiratórias crónicas. Oxigenoterapia nasal de alto fluxo. Morbimortalidade.

PO173. APNEIA CENTRAL DO SONO NO DOENTE JOVEM - A IMPORTÂNCIA DE PROCURAR

Mariana Marçal, Filipe Modesto, Vânia Caldeira, Margarida Castanho, Paula Duarte

Centro Hospitalar de Setúbal.

Introdução: A associação entre os distúrbios respiratórios do sono (DRS) e as doenças neurológicas, nomeadamente doença cerebrovascular (DCV), neuromuscular e neurodegenerativa, está bem estabelecida. Contudo, a literatura atual é ainda escassa e contraditória quanto à prevalência e gravidade dos DRS nas doenças desmielinizantes do sistema nervoso central (SNC).

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 38 anos, não fumador, com excesso de peso e sem história de doença cardíaca, DCV ou uso de medicação opióide. Referenciado a consulta de patologia respiratória do sono por quadro com 2 anos de evolução de roncopatia, paragens respiratórias presenciadas, episódios de *gasping*, sono não reparador, perturbação da memória e concentração e hipersonolência diurna. Realizou estudo do sono nível III que revelou síndrome de apneia do sono moderada (IAH 18,3/hora), com predomínio de eventos centrais e sem respiração periódica. Iniciou terapia de pressão positiva com melhoria dos sintomas. Para investigação etiológica realizou ressonância magnética crânio-encefálica que identificou múltiplas lesões micronodulares, com tradução hiperintensa em T2 e hipointensa em T1, localizadas na substância branca em topografia periventricular, sub-ependimária e justa-cortical, sem evidência de hemorragias nem microcalcificações intraparenquimatosas, achados sugestivos de etiologia desmielinizante primária. Do ponto de vista neurológico referia quadro com anos de evolução de parestesias dos membros inferiores e negava sintomas oculares (diplopia ou dor) ou motores. O doente foi referenciado a consulta de neurologia para investigação e confirmação diagnóstica.

Discussão: As lesões desmielinizantes do SNC parecem estar associadas a um risco aumentado de SAS, obstrutivo ou central, particularmente quando afetam o tronco cerebral. O caso clínico apresentado alerta-nos para a importância da investigação de causas menos frequentes de SAS com predomínio de eventos centrais, especialmente em doentes jovens e sem outros fatores de risco conhecidos.

Palavras-chave: Apneia central do sono. Patologia neurológica.

PO174. O PAPEL DA CIRURGIA DE ABORDAGEM NASAL NA ADESÃO À VENTILOTERAPIA EM DOENTES COM SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

Diogo Ferreira, Mónica Teixeira, Marta Castro, Daniela Machado, Raquel Marçôa, Inês Franco, Inês Sanches, Nuno Lima, Daniela Ferreira

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

Objetivos: A síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) é um distúrbio respiratório do sono prevalente e cujo tratamento de 1ª linha assenta na terapia com pressão positiva na via aérea (PAP). A

PAP não é isenta de efeitos secundários, como o agravamento da obstrução nasal, em doentes previamente sintomáticos. Esta representa um fator de intolerância e baixa adesão à ventiloterapia, pelo que a cirurgia de abordagem nasal pode constituir uma importante terapêutica adjuvante nestes casos. Pretende-se avaliar o impacto da cirurgia de abordagem exclusivamente nasal na adesão à ventiloterapia, em doentes com diagnóstico de SAOS.

Métodos: Foram colhidos retrospectivamente através da consulta dos processos clínicos, os dados dos doentes seguidos na consulta de Apneia do Sono de um centro hospitalar, com diagnóstico de SAOS, medicados com ventiloterapia e que tenham sido submetidos a cirurgia de abordagem nasal por ORL, entre 2011 e 2021.

Resultados: Os resultados encontram-se na tabela.

NP doentes		48
Sexo masculino		42 (87.5)
Idade à data da cirurgia, anos		58 [53 ; 64]
IMC: g/m ²		27.4 [26.3 ; 28.5]
Escala de Sonolência de Epworth		12 [1 ; 16]
Estruc do sono inicial		
➤ Nível 1		12 (25)
➤ Nível 2		10 (21)
➤ Nível 3		26 (54)
IAH diagnóstico		27.8 [20.2 ; 32.7]
Gravidade da SAOS		
➤ Ligeira		6 (12.5)
➤ Moderada		25 (52.1)
➤ Grave		17 (35.4)
Tratamento com PAP		
➤ APAP		42 (87.5)
➤ CPAP		6 (12.5)
Tempo desde o diagnóstico até à cirurgia, meses		43 [31 ; 55]
Indicação cirúrgica: Baixa adesão à PAP		20 (41.7)
Tipo de cirurgia		
➤ Septoplastia		32 (66.7)
➤ Septoplastia + CENS		12 (25)
➤ CENS		2 (4.2)
➤ Turbinoplastia		2 (4.2)
NP doentes em que foi suspensa a PAP		
➤ Melhoria sintomática		5 (10.4)
➤ Intolerância / má adesão à PAP		9 (18.8)
➤ Total		14 (29.2)
NP doentes com melhoria das queixas nasais		40 (83.3)
Adesão** APAP inicial	Adesão** APAP final	p*
84 [19 ; 94]	87 [77 ; 96]	0.096

Legenda:

Dados apresentados como n (%), média [IC 95%] ou mediana [AIQ].
 IMC = Índice de Massa Corporal; IAH = Índice de apneia-hipopneia; PAP = Pressão Positiva na Via Aérea; APAP = Pressão Positiva Variável na Via Aérea; CPAP = Pressão Positiva Contínua na Via Aérea; CENS = Cirurgia Endoscópica Nasossinusal.

*Teste de Wilcoxon signed-rank, para um nível de significância = 0.05.

**Definida como % dias em que o uso do APAP foi superior a 4h/ noite.

Conclusões: Apesar de objetivada a melhoria das queixas nasais, a adesão à terapia com pressão positiva não diferiu significativamente antes e após a realização da cirurgia de ORL. Tal pode se dever à contribuição de outros fatores na adesão ao tratamento, os quais devem ser conhecidos a fim de melhorar a referência dos candidatos a cirurgia por ORL.

Palavras-chave: Síndrome da apneia obstrutiva do sono. Pressão positiva na via aérea. Cirurgia nasal.

PO175. REGISTO NACIONAL DE DOENTES COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA DOMICILIÁRIA - BALANÇO DOS 6 PRIMEIROS MESES

Pedro Viegas¹, Marta Silva², Alexandra Carreiro³, Dìva Ferreira⁴, Helena Ramos⁵, Iolanda Mota⁶, Margarida Aguiar⁷

¹Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho. ²Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central. ³Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada. ⁴Centro Hospitalar do Médio Ave-Famalicão e Santo Tirso. ⁵Centro Hospitalar Universitário do Algarve. ⁶Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga. ⁷Hospital Beatriz Ângelo.

Objetivos: A esclerose lateral amiotrófica (ELA) é uma doença neuromuscular rara, que cursa com compromisso ventilatório progressivo com necessidade de ventilação mecânica domiciliária (VMD). O Registo Nacional de Doentes com ELA sob ventilação domiciliária é uma iniciativa da Sociedade Portuguesa de Pneumologia que visa fomentar o conhecimento sobre a realidade nacional, encorajar a

investigação nacional e promover a inclusão de dados nacionais em projetos internacionais.

Métodos: Registo prospectivo observacional em plataforma online anonimizada. Foram convidados a participar Serviços com consulta dedicada ao seguimento de doentes com ELA sob VMD. Após uma versão de teste, o registo foi lançado oficialmente a 21 de junho de 2022.

Resultados: Até à data foram incluídos 55 doentes com ELA sob VMD de 7 centros, dos quais apenas 5 puderam incluir doentes no total dos 6 meses. Os resultados estão descritos na tabela. A idade média foi 66,18 ± 10,53 anos. Cerca de 50% apresentavam sintomas espinais, 40% sintomas bulbares e 40% sintomas relacionados com compromisso respiratório. Mais de metade dos doentes tem registo de estudos funcionais respiratórios com determinação das pressões musculares. O estudo da hipoventilação noturna foi registado em 30% dos doentes. A maior parte dos doentes iniciaram VMD em contexto programado. O local mais comum de adaptação foi a consulta / hospital de dia. Foi identificada uma quantidade considerável de *missing values* nos dados recolhidos, associada ao período de transição de teste para a base final e ao facto de se ter minimizado o número de campos obrigatórios para promover a adesão dos colegas.

Demográficos	Sexo, feminino (n=55)	30 (54.5)	Critérios para início de VMD (n=55)	Provas de Função Respiratória	37 (67.3)
	Idade, em anos (n=55)	66.18 ± 10.53		Gasmetria Arterial	25 (45.5)
	Altura (cm) (n=52)	161.12 ± 8.67		Hipoventilação Noturna	15 (27.3)
	Peso (Kg) (n=52)	62.52 ± 13.35		Sintomas	9 (16.4)
Comorbilidades	IMC (n=52)	23.98 ± 4.27	Outro	3 (5.5)	
	Hábitos Tabágicos (n=28)		Contexto de início (n=55)		
	Não-Fumador	19 (34.5)	Agudo	21 (38.2)	
	Fumador	2 (3.6)	Programado	34 (61.8)	
Comorbilidades (n=55)	Ex-Fumador	7 (12.7)	Local de Adaptação (n=27)		
	Comorbilidades (n=55)		Consulta / Hospital de Dia	12 (21.8)	
	DPOC	2 (3.6)	Internamento	7 (12.7)	
	Restrição da Caixa Torácica	5 (9.1)	Domicílio	8 (14.5)	
Sintomas	Tempo Início de Sintomas – Diagnóstico (meses) (n=47)	11.00 [4.00; 23.00]	Modo ventilatório (n=55)		
	Sintomas (n=55)		S	22 (40.0)	
	Bulbares	24 (43.6)	ST	24 (43.6)	
	Espinais	27 (49.1)	ST + AVAPS	7 (12.7)	
Meds Complementares de Diagnóstico	Compromisso Respiratório	24 (43.6)	Volumétrico	2 (3.6)	
	Insuficiência Respiratória (n=55)	23 (41.8)	IPAP (n=32)	13.88 ± 3.34	
	Espirometria (n=55)	43 (78.2)	EPAP (n=32)	5.13 ± 1.31	
	FEV1% (n=40)	73.80 ± 19.06	FR (n=29)	13.69 ± 2.00	
Meds Complementares de Diagnóstico	FVC% (n=41)	67.68 ± 21.36	Interface de ventilação (n=55)		
	Pressões Musculares (n=55)	35 (63.6)	Oro-nasal	22 (40.0)	
	PIM (n=33)	31.00 [19.50; 41.12]	Facial total	27 (49.1)	
	PEM (n=33)	44.00 [29.50; 81.00]	Traqueostomia	6 (10.9)	
Meds Complementares de Diagnóstico	SNIP (n=6)	41.50 [30.00; 56.00]	Pega bucal	1 (1.8)	
	Estudos de Hipoventilação Noturna (n=33)	18 (32.7)	Outros		
	Oximetria	12 (21.8)	O2 Adjuvante (n=55)	1 (1.8)	
	Capnografia	1 (1.8)	In-exsufilador mecânico (n=55)	23 (41.8)	
Meds Complementares de Diagnóstico	Estudo do Sono	8 (14.5)	PEG (n=55)	16 (29.1)	

Conclusões: Apesar de ainda poucos centros terem iniciado a sua participação, o registo conta já com 55 doentes e as suas respetivas características clínicas. A avaliação regular da base permite verificar a existência de *missing values*, permitindo reforçar com os investigadores as estratégias para a sua redução.

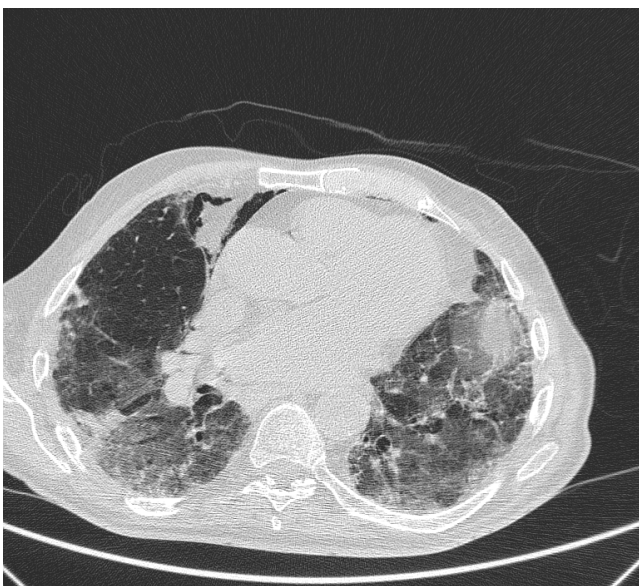
Palavras-chave: Ventilação mecânica domiciliária. Esclerose lateral amiotrófica.

PO176. DESAFIO NA GESTÃO DE VENTILOTERAPIA NUM DOENTE COM MÚLTIPLA PATOLOGIA PULMONAR. A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Patrícia Trindade¹, Raquel Silva¹, Sofia Pinto¹, Diana Organista¹, Miguel Guia^{1,2}, Mónica Pereira^{1,2}, Rita Macedo¹, Ana Cristina Mendes¹, Paula Pinto^{1,2}, Cristina Bárbara^{1,2}

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

Introdução: A ventilação não invasiva (VNI) tem um papel importante no atraso da mortalidade e qualidade de vida de doentes com patologia neuromuscular. A associação de patologia intersticial pode agravar a insuficiência respiratória e comporta um desafio na gestão da ventiloterapia, pelas alterações restritivas inerentes a ambas as patologias.



Caso clínico: Homem, 85 anos, ex-fumador (10 UMAs), diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica há dois meses após um ano de evolução de disfagia, disartria, tetraparésia espástica e insuficiência respiratória global crônica, sob VNI binível 12h/dia. Apresentava ainda doença intersticial fibrosante crônica de padrão indeterminado desde 2019. Admitido no internamento por dispneia, cansaço e tosse ineficaz com uma semana de evolução, analiticamente com elevação de parâmetros inflamatórios e NT-proBNP, hipoxemia *de novo*, TC torácica com agravamento de opacidades periféricas em vidro despolido predominantes nos lobos inferiores. Admitida progressão da doença intersticial associada a traqueobronquite aguda e insuficiência cardíaca congestiva concomitante, iniciou antibioterapia, corticoterapia, terapêutica diurética e reabilitação respiratória e motora. Durante o internamento houve necessidade de aumento de períodos e pressões de VNI por hiper-câpnia persistente. Realizou TC torácica de alta resolução para avaliação de doença intersticial após curso de corticoterapia que demonstrou melhoria radiológica da pneumonia intersticial difusa e aparecimento de novo de pneumomediastino de moderado volume, sem sintomatologia associada. Suspendeu-se a reabilitação e, por impossibilidade de suspensão de VNI, optou-se pela diminuição de períodos e pressões e reavaliação imagiológica diária persistindo o pneumomediastino. Posteriormente por agravamento respiratório

progressivo houve necessidade de aumento de períodos até VNI contínua, optando-se por privilegiar medidas de conforto, vindo a falecer dias depois.

Discussão: Este caso ilustra o desafio da adaptação do doente a VNI, num caso raro de sobreposição de duas patologias complexas. Apesar do desfecho, demonstra a importância de uma gestão individualizada assim como das possíveis complicações associadas à sua utilização.

Palavras-chave: Esclerose lateral amiotrófica. Doença pulmonar intersticial. Ventilação não invasiva.

PO177. PNEUMONIA POR SARS-COV-2 DO ALOENXERTO PULMONAR SEM ATINGIMENTO DO PULMÃO NATIVO: RELATO DE UM CASO

Mariana Ribeiro, Carla Damas

Centro Hospitalar Universitário de São João.

Introdução: O transplante pulmonar constitui uma alternativa nas patologias respiratórias crônicas graves. Não obstante, a complexidade de mecanismos fisiopatológicos subjacentes ao mesmo são desafios no diagnóstico e gestão das complicações.

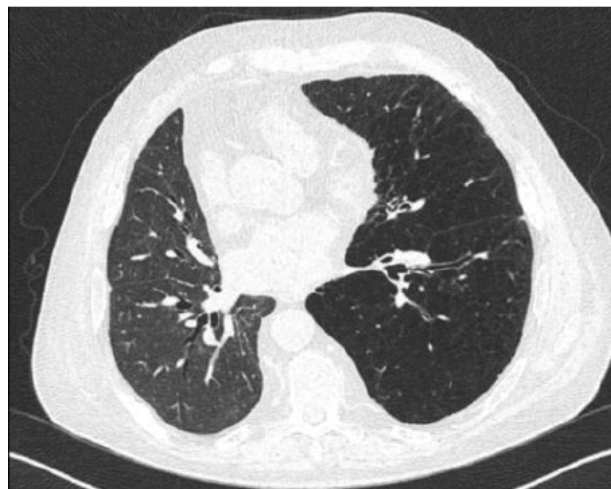


Fig.1 Manifestação radiológica unilateral da COVID-19 no pulmão direito no internamento (à esquerda) e reavaliação um ano após a alta (à direita).

Caso clínico: Homem, 66 anos, transplantado pulmonar unilateral à direita há 5 anos por DPOC e enfisema pulmonar, enxerto normofuncionante sob tacrolimus e micofenolato de mofetil, iniciou quei-

xas de cefaleias, febre, diarreia e astenia, tendo realizado teste PCR SARS-CoV-2 a 17/08/2021 que foi positivo. Tinha 2 inoculações da vacina COVID-19. Recorreu ao Serviço de Urgência ao 12º dia de sintomatologia por agravamento progressivo de tosse, expetoração e dispneia para esforços, com dessaturação. À admissão hemodinamicamente estável, apirético, polipneico, SpO₂ 89% em ar ambiente e com insuficiência respiratória hipoxêmica (pO₂ 52, pCO₂ 29). Analiticamente, leucocitose (11.810/uL), linfopenia (810/uL) e PCR 42 mg/L. TC de tórax apresentava áreas de densificação em vidro despolido envolvendo 25-50% do parênquima pulmonar apenas visíveis no pulmão direito, com enfisema parasseptal e centrilobular difuso no parênquima pulmonar esquerdo. Foi admitido na Unidade de Cuidados Intensivos. Ao 14º dia de sintomas, agravamento clínico e imagiológico, com extensão das áreas de densificação em vidro despolido a > 75% do parênquima pulmonar direito. Manteve-se sob oxigenoterapia nasal de alto fluxo, medicado com tacrolimus e corticoterapia, com melhoria lenta que permitiu desmame progressivo de oxigenoterapia, com alta para enfermaria ao 14º dia de internamento. Na reavaliação 2 meses após a alta houve melhoria radiológica das alterações do enxerto, sem agravamento funcional.

Discussão: Pretendemos alertar para a apresentação atípica pulmonar unilateral da COVID-19, apenas afetando o pulmão transplantado. Ainda que esta manifestação seja rara, pode estar relacionada com a desnervação pulmonar e perda de drenagem linfática após o transplante, prejudicando a *clearance* mucociliar e comprometendo o mecanismo da tosse e a chegada de estímulos anti-inflamatórios. Polimorfismos genéticos podem aumentar a suscetibilidade do parênquima pulmonar enxertado ao vírus.

Palavras-chave: COVID-19. Transplante pulmonar.

PO178. REPOSIÇÃO DE ALFA-1 ANTITRIPSINA APÓS TRANSPLANTE PULMONAR

Mário Pinto, João Rodrigues, Ana Sofia Santos, Luísa Semedo

Hospital Santa Marta.

Introdução: O déficit de alfa-1 antitripsina (DAAT) é a causa de 5% dos transplantes pulmonares (TxP). Até à data, não foi estudado o benefício da terapêutica de reposição (TR) em doentes submetidos a TxP por DAAT.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 59 anos, ex-fumador de 40 unidades maço-ano, diagnosticado com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e DAAT (genótipo P Lowell) aos 50 anos de idade. Iniciou TR após o diagnóstico, bem como oxigenoterapia de longa duração por hipoxemia crónica. Após queda do FEV1 de 1.300 mL/37% para 640 mL/17%, o doente foi referenciado ao nosso Centro em 2017. Em março de 2022, foi submetido a TxP bilateral sequencial esquerdo-direito, com tempos de isquemia de 5 e 9 horas, respetivamente. Por hipertensão pulmonar, o transplante foi realizado sob oxigenação por membrana extracorporeal. Relativamente à imunossupressão, realizou indução com basiliximab e manutenção com tacrolimus, micofenolato de mofetil e prednisolona. Instituiu-se profilaxia infecciosa com piperacilina/tazobactam e anfotericina B inalada. No pós-transplante imediato, por isquemia das anastomoses brônquicas, iniciou-se voriconazol, com alteração para isavuconazol por toxicidade hepática. Ao 20º dia, documentou-se deiscência anastomótica e assumiu-se uma atitude conservadora. Como outras intercorrências, destacam-se várias infeções respiratórias, uma colecistite aguda e insuficiência respiratória com necessidade de ventilação não-invasiva. No 45º dia, por deiscência persistente, decidiu-se iniciar TR na dose semanal de 60 mg/Kg. Verificou-se melhoria clínica e resolução da deiscência em broncoscópias subsequentes, e suspendeu-se a TR após 8 administrações.

Discussão: Os transplantados pulmonares por DAAT têm maior taxa de rejeição, infeção e deiscência anastomótica face a outros doentes com DPOC, o que pode indiciar um potencial benefício da TR, a confirmar com estudos prospetivos. O custo elevado da TR deve ser

confrontado com os custos do tratamento de intercorrências e, eventualmente, do re-transplante. No doente apresentado, verificou-se melhoria clínica e resolução da deiscência após o início de TR.

Palavras-chave: Transplante pulmonar. Défice de alfa-1 antitripsina.

PO179. COMPLEXIDADE DA IMUNOSSUPRESSÃO EM DOENTES TRANSPLANTADOS PULMONARES

Mara Sousa, David Coelho, Adelina Amorim, Leonor Cunha, Carla Damas

Departamento de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE.

Introdução: Os inibidores da calcineurina e da mTOR fazem frequentemente parte do esquema de imunossupressão pós-transplante pulmonar. Apresentam janela terapêutica estreita e o atingimento de níveis terapêuticos é variável, pelo que o seu doseamento sérico é realizado periodicamente.

Caso clínico: Doente de 48 anos, sexo feminino, submetida a bi-transplante pulmonar em 2016 sob imunossupressão com tacrolimus e everolimus, associados a azitromicina 500 mg três vezes por semana. O último doseamento evidenciava níveis de tacrolimus de 7 ng/ml e everolimus de 4,9 ng/ml. Por diagnóstico de gastrite por *H. pylori*, iniciou erradicação com amoxicilina 1 g e claritromicina 500 mg (com suspensão temporária de azitromicina). Cerca de 13 dias após o início desta terapêutica, a doente recorreu ao serviço de urgência por equimoses nos membros e astenia. Encontrava-se hipertensa (TA 170/80 mmHg), sendo evidentes múltiplas equimoses recentes dispersas por ambos os membros superiores e inferiores, com tamanho médio de 3-5 cm de maior diâmetro. Do estudo analítico realizado destaca-se trombocitopenia (plaquetas $69 \times 10^9/L$), sem envolvimento de outras linhagens, e lesão renal aguda KDIGO III. O doseamento de imunossupressores mostrou níveis de tacrolimus de 42 ng/mL e everolimus de 9,2 ng/dL, por provável interação com claritromicina. As alterações clínicas descritas são explicadas no contexto de toxicidade, tendo sido excluída hipótese de purpura trombocitopénica trombótica. Após suspensão da antibioterapia e terapêutica imunossupressora, verificou-se descida dos níveis de tacrolimus e everolimus, acompanhada de melhoria da função renal e aumento da contagem de plaquetas, sem aparecimento de novas equimoses.

Discussão: O tacrolimus e everolimus são extensamente metabolizados pela CYP3A4. A claritromicina é um macrólido capaz de inativar o citocromo P-450 3A, inibindo o metabolismo de outros compostos, nomeadamente os inibidores da calcineurina e da mTOR. Esta interação não se verifica com a azitromicina. Este caso destaca a complexidade do esquema terapêutico em doentes transplantados e salienta a necessidade de, aquando introdução de novos fármacos, monitorizar a imunossupressão com maior frequência.

Palavras-chave: Tacrolimus. Everolimus. Macrólidos. Claritromicina. Efeitos adversos. Toxicidade.

PO180. LEIOMIOSARCOMA TORÁCICO GIGANTE

Ana Silva¹, Inês Bertão Colaço², Filipe Leite¹, Sara Lopes¹, Gonçalo Paupério¹

¹Serviço de Cirurgia Torácica, Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil. ²Serviço de Cirurgia Geral, Hospital, Distrital da Figueira da Foz.

Introdução: Os sarcomas são tumores mesenquimatosos agressivos que representam cerca de 1% dos tumores malignos do adulto. A maioria dos sarcomas torácicos são metástases de tumores extratorácicos. A localização primária no tórax é extremamente rara e pode ter origem no pulmão, mediastino, pleura ou parede torácica.

Existem vários subtipos histológicos, sendo que o leiomiossarcoma deriva das células do tecido muscular liso.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de uma doente de 57 anos, sexo feminino, sem antecedentes relevantes. Por quadro de dor dorsal crónica, realizou uma radiografia do tórax, que demonstrou hipotransparência do hemitórax direito. A tomografia computadorizada toracoabdominopélvica e a ressonância magnética da parede torácica evidenciaram uma massa de 19,2 × 16,8 × 12,4 cm, ocupando 2/3 do hemitórax direito, que condicionava atelectasia pulmonar, sem aparente invasão do mediastino ou da parede torácica. Na tomografia por emissão de positrões objetivou-se captação aumentada exclusivamente na massa supracitada (SUVmax = 5-9,18). A biópsia transtorácica da lesão foi compatível com leiomiossarcoma de baixo grau. Foi proposta para cirurgia, tendo sido submetida a toracotomia clássica com identificação de uma volumosa massa tumoral aderente ao quinto arco costal. Fez-se ressecção deste arco costal e disseção circunferencial do tumor, sendo possível obter plano de clivagem com os vasos subclávios, parede torácica, esófago, coluna e mediastino. Para obtenção de margens, foi necessária a realização de pneumectomia direita. Pós-operatório sem intercorrências até à data.

Discussão: Os sarcomas torácicos são raros e têm elevada mortalidade. Tendo em conta o largo espectro de apresentação clínica e imagiológica, é fundamental haver um elevado grau de suspeição clínica. Atualmente preconiza-se a cirurgia como primeira opção terapêutica com intuito curativo. Não obstante, são necessários mais estudos para permitir uma melhor caracterização da doença e otimização das estratégias diagnósticas e terapêuticas.

Palavras-chave: Leiomiossarcoma. Cirurgia torácica.

PO181. RECIDIVA DE TIMOMA NO MEDIASTINO ANTERIOR

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

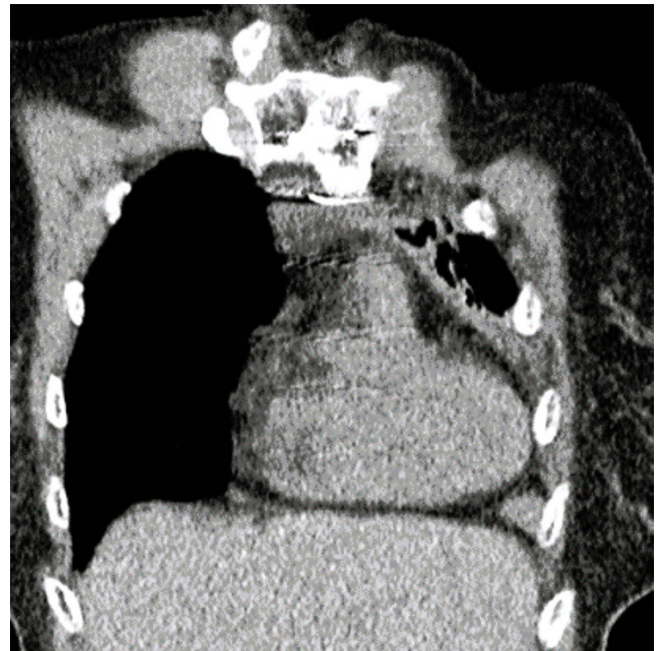
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: A maioria das neoplasias com origem no timo caracteriza-se pelo seu comportamento indolente. As metástases ganglionares e hematogénicas são raras e escassamente descritas na literatura. Apesar da ressecção cirúrgica completa ser alcançada frequentemente, a prevalência das recidivas permanece entre os 10-15% e a sua localização mais comum é no mediastino anterior. Assim como na doença primária, nas recidivas o fator de prognóstico com maior impacto na sobrevivência é também a ressecção cirúrgica completa.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 60 anos com antecedentes de Miastenia Gravis. Em 2016, foi submetida a timectomia e radioterapia adjuvante após o diagnóstico de timoma, estadio III (segundo a classificação de Masaoka-Koga). Em maio de 2022 identificou-se a presença de um espessamento nodular entre o pericárdio e a cúpula diafragmática em localização anterior paramediana esquerda, com cerca de 21 × 14 × 18 mm, e com hipercaptação discreta na PET. A doente apresentava-se assintomática e sem outras lesões suspeitas nos exames complementares de diagnóstico. Devido às dimensões reduzidas e à íntima relação do nódulo com o ápice cardíaco foi planeada a marcação da lesão por radiologia de intervenção que se revelou tecnicamente inexecutável pela sua localização. Procedeu-se à exérese da lesão por toracotomia anterior. O exame anatomopatológico do nódulo revelou corresponder a uma metástase ganglionar de timoma.

Discussão: Na doença localmente avançada (estadio III-IV) ao diagnóstico a presença de metástases ganglionares é inferior a 6%, sendo mais frequente nos carcinomas tímicos. A taxa de sobrevivência a 10 anos é de 64-75%, no entanto, está também associada a uma prevalência de recidiva de 30%. As localizações descritas mais comuns das recidivas são a pleura, o local prévio do tumor primário, o parênquima pulmonar e, por fim, localização extratorácica. Con-

tudo, a caracterização da forma de apresentação da recidiva dos timomas, nomeadamente como metástases ganglionares, não se encontra amplamente quantificada na literatura.



Palavras-chave: Timoma. Recidiva de timoma.

PO182. O QUE NÃO MATA, ENGORDA

Bruno Couto², Inês Carvalho², Rita Costa², Carlos Pinto², Pedro Fernandes², Paulo Pinho², Anita Paiva¹

¹Centro Hospitalar e Universitário São João. ²CHSJ.

Introdução: Os lipomas são tumores benignos comuns, sobretudo no tecido subcutâneo, mas menos frequentes em localização profunda (por exemplo, intra-torácicos). A maioria dos lipomas intra-torácicos são assintomáticos e constituem achados acidentais em métodos de imagem realizados por outros motivos. Radiologicamente, apresentam-se como massas/nódulos homogêneos e bem-definidos. Apesar de a abordagem nestes casos não ser linear, a excisão cirúrgica é recomendada, porque permite o diagnóstico definitivo e tratamento. A vigilância destas lesões é uma alternativa em lesões assintomáticas ou na ausência de condição cirúrgica. O prognóstico é favorável na maioria.

Caso clínico: Sexo feminino, 64 anos, sem antecedentes pessoais de relevo. Em 2019, por queixas de dispneia para esforços, realizou uma radiografia torácica que revelou uma hipotransparência na base do hemitórax direito. A TAC e RMN torácicas mostraram uma volumosa lesão com cerca de 12 centímetros compatível com lipoma intratorácico. Provas de função respiratória sem alterações, tendo ficado em vigilância imagiológica anual. Em 2022, apresentou crescimento da lesão para cerca de 19 centímetros, colocando-se a possibilidade de hérnia diafragmática por descontinuidade posterior da cúpula diafragmática. Por estes motivos, a doente foi submetida a cirurgia de exérese da lesão por VATS uniportal onde se comprovou intra-operatoriamente a integridade do diafragma. Internamento de um dia, sem intercorrências. A anatomia patológica permitiu o diagnóstico definitivo de lipoma.

Discussão: Apesar de serem lesões benignas, é aconselhável a exérese cirúrgica de lipomas intratorácicos uma vez que radiologicamente não é possível a sua distinção de um lipossarcoma bem diferenciado. Nestes casos, a cirurgia permite um diagnóstico diferencial com patologia maligna e simultaneamente o tratamento destas le-

sões. A relevância deste caso clínico prende-se não só com a raridade deste tipo de tumores, mas também com a importância de exclusão de potencial malignidade.

Palavras-chave: *Lipoma. Cirurgia torácica. Lipossarcoma.*

PO183. UM CASO DE DRENAGEM TORÁCICA COMO ESTRATÉGIA LIFE SAVING DE ENFISEMA BOLHOSO

Matilde de Almeida¹, Cristina Rodrigues², Jorge Humberto Soares¹, Marina Bonnet¹, Ricardo Estêvão Gomes¹, João Portela¹, Inês Estalagem¹, Fernando Meneses¹

¹Hospital Garcia de Orta. ²Hospital Pulido Valente.

Introdução: O enfisema bolhoso gigante, corresponde à presença de bolhas que ocupam, pelo menos, 1/3 do hemitórax, comprimindo o parênquima pulmonar circundante. Complica sob a forma de pneumotórax ou infecção. Está associado ao tabagismo, abuso de drogas, défice de alfa 1 antitripsina, síndromes de Marfan ou Ehlers-Danlos.

Caso clínico: Homem, 47 anos, ex-fumador (30 UMA), com hábitos prévios etanólicos e toxifílicos. Trabalhava como pintor de automóveis. Antecedentes de esquizofrenia e enfisema panlobular bolhoso. Em 2008 teve um pneumotórax espontâneo à esquerda. Previamente recusado para bulectomia e transplante pulmonar. Recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia súbita. Na admissão apresentava insuficiência respiratória global com acidemia respiratória, apesar de oxigenoterapia a 8 L/min. Imagiologicamente com bolha enfisematosa gigante esquerda hipertensiva e desvio contralateral do mediastino. Iniciou ventilação não invasiva (VNI) contínua. Ao longo do internamento manteve-se sem melhoria da insuficiência respiratória. Após discussão com a Cirurgia Torácica, foi colocado dreno torácico 18 Fr, no interior da bolha, como estratégia *life-saving*. De forma imediata observou-se descompressão torácica com melhoria clínica. Observou-se a presença de fístula bronco-pleural persistente, tendo sido realizada videoendoscopia para avaliação de eventual tratamento endoscópico, que não foi possível pela presença de ventilação colateral. Ao fim de 3 semanas por resolução espontânea da fístula, a drenagem foi removida sem intercorrências. Actualmente, em consulta sem queixas de novo, com evidência imagiológica de manutenção de expansão pulmonar, retoma da autonomia e SpO₂ periférica de 98% sob O₂ a 2L e VNI nocturno.

Discussão: As opções terapêuticas em casos de bolhas enfisematosas gigantes são a bulectomia, transplante pulmonar ou correcção com válvulas endobrônquicas. O doente não tinha indicação para nenhuma destas opções. Apesar de não indicado no seu tratamento, a colocação de drenagem torácica teve um papel, como tratamento de última linha, mostrando que esta poderá ser eventualmente ponderada em situações de bolha hipertensiva como estratégia *life-saving*.

Palavras-chave: *Enfisema bolhoso. Drenagem torácica. Life saving.*

PO184. ENDOMETRIOSE TORÁCICA: UM DIAGNÓSTICO TARDIO

Inês Estalagem¹, Miguel Barbosa², Agata Nawojowska³, Matilde Almeida¹, Ana Cláudia Vieira¹, Didina Silva¹, Cristina Rodrigues³

¹Hospital Garcia de Orta. ²Centro Hospitalar Barreiro-Montijo. ³Hospital Pulido Valente.

Introdução: Estima-se que a endometriose afecta 10 a 15% das mulheres, com diagnóstico habitualmente entre os 30 e os 34 anos de idade. Apresenta-se sobretudo na forma de dor pélvica, dismenor-

reia e infertilidade, contudo existem formas atípicas de apresentação - pneumotórax, hemotórax e hemoptises com incidências de 73, 14 e 7%, respectivamente. Os autores apresentam um caso de hemoptises catameniais.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 42 anos de idade, Natural de São Tomé, antecedentes pessoais de anemia crónica. A doente apresentava desde há 3 anos episódios de hemoptises, associados ao período menstrual. Terá sido medicada com contraceptivo oral, que não soube especificar, sem melhoria. Em TC tórax realizado em São Tomé apresentava achados de pneumotórax à direita, pneumatoceles na base direita e protusão de ilhota de fígado através de fenestração diafragmática. Iniciou supressão com goserrelina mensal, por um período de 6 meses. Foi proposta para toracoscopia cirúrgica para realização de ressecção marginal do lobo inferior direito, pleurectomia e talcagem diafragmática. Intra-operatoriamente verificou-se a presença de hemotórax, aderências entre a pleura e o diafragma e múltiplas fenestrações diafragmáticas. À data actual aguarda resultado histológico da peça cirúrgica.

Discussão: Este caso retrata um caso típico de endometriose, contudo com diagnóstico tardio, culminando em necessidade de cirurgia pelas extensas alterações torácicas.

Palavras-chave: *Endometriose. Hemoptises. Catamenial.*

PO185. UMA MULHER, DOIS PNEUMOTÓRAX

Maria da Cunha, Francisca Guimarães, Joana Canadas, Raquel Armindo, Ana Alves, Paula Rosa

Hospital de Vila Franca de Xira.

Introdução: O Pneumotórax Catamenial é uma entidade rara, representando 3-6% dos casos de pneumotórax espontâneo, cujo critério *sine qua non* é a sua ocorrência nas 72 horas antes ou após a menstruação. É maioritariamente unilateral, direito e recidivante (8-40% após cirurgia).

Caso clínico: Apresenta-se o caso clínico de uma mulher de 35 anos, não fumadora, Testemunha de Jeová, com antecedentes de endometriose pélvica. História de dispneia e toracalgia mensal, sete dias antes e durante a menstruação, que recorreu ao Serviço de Urgência (11/2022) por agravamento da dispneia e toracalgia pleurítica; imagiologicamente apresentava pneumotórax bilateral e derrame pleural ligeiro. Procedeu-se a colocação de drenagem torácica bilateral com saída de ar à esquerda e ar e líquido pleural hemático à direita. Neste contexto, foi admitida em Unidade Cuidados Intensivos e transferida para o serviço de Pneumologia após três dias. Realizou ressonância magnética torácica com evidência de imagem nodular 40 × 15 mm paracardiaca direita, provável foco de endometriose. Iniciou contraceptivo oral contínuo e após drenagem torácica, nove dias (esquerda) e doze dias (direita), teve alta clínica orientada para Cirurgia Torácica. No entanto, pela recusa a ser submetida a transfusão de concentrado eritrocitário *life-saving*, autotransfusão ou outras alternativas apresentadas pela Imuno-hemoterapia, foi necessário referenciar a uma unidade com protocolo cirúrgico sem recurso a hemoderivados. Admitida novamente no Serviço de Urgência (12/2022) por toracalgia posterior direita e dispneia coincidente com o primeiro dia da menstruação. Diagnosticado pneumotórax direito recidivante, foi colocada drenagem torácica e a doente transferida para Cirurgia Torácica para intervenção cirúrgica urgente.

Discussão: Pretende-se com este caso clínico descrever uma causa pouco frequente e subdiagnosticada de pneumotórax, especialmente em ocorrência bilateral, que deve fazer parte do diagnóstico diferencial. Salienta-se ainda a gestão desafiante de doentes cujas crenças obrigam à alteração dos protocolos habituais.

Palavras-chave: *Pneumotórax. Pneumotórax catamenial. Pneumotórax espontâneo.*