

5<sup>A</sup> REUNIÃO

NÚCLEO DE DOENÇAS  
RESPIRATÓRIAS

# AMBIENTE E SAÚDE RESPIRATÓRIA

HOSPITAL DAS FORÇAS  
ARMADAS — POLO PORTO

10 A 12 ABRIL 2025

PATROCINADORES



APOIO INSTITUCIONAL



ORGANIZAÇÃO



# BEM-VINDO

Bem-vindos à 5ª Reunião Anual do Núcleo de Estudos de Doenças Respiratórias!

É com grande entusiasmo que anunciamos a realização da nossa 5ª Reunião Anual, organizada pelo Núcleo de Estudos de Doenças Respiratórias da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, entre os dias 10 a 12 de abril de 2025, no Hospital das Forças Armadas – Polo do Porto.

Sob o tema “Ambiente e Saúde Respiratória”, esta reunião irá explorar a relação entre fatores ambientais e o impacto nas doenças respiratórias, abordando desafios atuais e oportunidades futuras nesta área crítica.

O encontro é aberto a todos os profissionais e interessados na área das Doenças Respiratórias, proporcionando uma oportunidade única de interagir com especialistas, atualizar conhecimentos e contribuir para a construção de soluções em saúde.

Contamos convosco para transformar esta reunião num marco na área das Doenças Respiratórias.

Com os melhores cumprimentos,

## A COMISSÃO ORGANIZADORA

Presidente – Pedro Leuschner  
Raquel Calisto  
Cláudia Ferrão  
Isabel Neves

## COMISSÃO CIENTÍFICA

Luís Campos  
Nuno Cortesão  
Vasco Barreto

# PROGRAMA

## 10 abril

### Cursos pré-congresso

- 08h30 Tratamento não invasivo da insuficiência respiratória
- 09h00 Envolvimento pulmonar nas doenças do tecido conjuntivo

## 11 de abril

08h45 SESSÃO DE ABERTURA

09h00 **Sessão Plenária: Alterações ambientais e saúde: que relação?**

ORADOR: LUIS CAMPOS (CPSA)

09h45 **Mesa redonda 1 – Condicionantes atmosféricas da saúde respiratória**

MODERAÇÃO: ISABEL NEVES (ULS DE SANTO ANTÓNIO) + LUÍS ROCHA (SPP)

- Impacto dos incêndios na saúde respiratória. BERNARDO MATEIRO GOMES (ULSEDV)
- Qualidade do ar, microbioma e infeções respiratórias. PEDRO CARREIRO-MARTINS
- Tabaco: o suspeito do costume. DANIEL COUTINHO (ULSGE)

10h45 COFFEE BREAK

11h00 APRESENTAÇÃO DE POSTERS

12h00 **Mesa redonda – “Sustentabilidade na Saúde: desafios e conquistas”**

MODERAÇÃO: PEDRO LEUSCHNER (ULS DE SANTO ANTÓNIO)

PALESTRANTES: RUI CORTES (LEANHEALTH), LURDES CAMPOS (HSM PORTO), RICARDO CORREIA (E-MAIS), MARIA DO CÉU SILVA (LIPOR)

13h00 ALMOÇO

14h00 **Mesa redonda 2 - Doenças respiratórias ocupacionais**

MODERAÇÃO: CLÁUDIA FERRÃO (HFAR) + AURORA CARVALHO (ULSGE)

- Doenças respiratórias ocupacionais: quando suspeitar e como investigar. ISABEL SANTOS
- Asma agravada no trabalho. MARIA JOSÉ DE ALMEIDA (ULS MATOSINHOS)
- Pneumonite de hipersensibilidade. HELDER NOVAIS BASTOS (CHUS)

15h30 **Mesa redonda 3 – Alterações ambientais e doenças respiratórias**

MODERAÇÃO: RAQUEL CALISTO (ULS MATOSINHOS); PAULA SIMÃO (ULS MATOSINHOS)

- Alterações ambientais e Asma. CRISTINA LOPES ABREU (ULS MATOSINHOS)
- Alterações ambientais e DPOC. RUI COSTA (GRESF)
- Alterações ambientais e infeções respiratórias. VASCO BARRETO (ULS MATOSINHOS)

16h30 COFFEE BREAK

17h00 **Anúncio dos vencedores, apresentação dos trabalhos premiados e entrega de prémios.**

17h30 **Sessão de encerramento: Alterações ambientais e patologia respiratória – qual a estratégia nacional**

## 12 abril

### Cursos pós-congresso

08h00 Abordagem do doente com DPOC: do diagnóstico à doença avançada

### Prémio Melhores Trabalhos

PRÉMIO MELHOR TRABALHO: INSCRIÇÃO CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA 2026

1º E 2º MENÇÕES HONROSAS: BOLSA DE INSCRIÇÃO EM CURSOS NEDRESP – ATÉ AO MONTANTE DE 200,00€

# TRABALHOS

## ÍNDICE POSTERS

- POSTER1** ABCESSO PULMONAR E ACALÁSIA  
**POSTER2** VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NA PNEUMONIA COVID 19 E SÍNDROME APNEIA OBSTRUTIVA SONO  
**POSTER3** VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NA PNEUMONIA VÍRICA POR ENTEROVIRUS E RINOVIRUS  
**POSTER4** TERAPÊUTICA BIOLÓGICA NA ASMA: UMA SÉRIE DE CASOS  
**POSTER5** HIPONATREMIA PERSISTENTE  
**POSTER6** FEBRE PERSISTENTE EM IMUNOCOMPROMETIDOS: INFEÇÃO POR SARS-COV-2, UM DIAGNÓSTICO QUE NÃO PODE FICAR ESQUECIDO  
**POSTER7** MEPOLIZUMAB NA ASMA GRAVE E NA POLIANGÉITE COM GRANULOMATOSE EOSINOFÍLICA: MESMA TERAPÊUTICA, DIFERENTES ESTRATÉGIAS

## ÍNDICE DE AUTORES

- Barros, Rui** POSTER 6  
**Fonseca, Gonçalo** POSTER 5, POSTER 6  
**Fonseca, Tomás** POSTER 7  
**Leite, Ana Isabel Bento Ferreira** POSTER 1, POSTER 2, POSTER 3  
**Lemos, Carolina Basílio** POSTER 5, POSTER 6  
**Lemos, Rosa** POSTER 1, POSTER 2, POSTER 3  
**Martins, Alfredo** POSTER 5  
**Moreira, Nuno** POSTER 5, POSTER 6  
**Neves, Isabel Rodrigues** POSTER 4, POSTER 7  
**Neves, João** POSTER 4, POSTER 7  
**Pereira, Inês de Amorim** POSTER 4, POSTER 7  
**Ribeiro, Rafaela** POSTER 5, POSTER 6  
**Risto, Maria Inês** POSTER 5, POSTER 6  
**Rocha, Joana de Castro** POSTER 1, POSTER 2, POSTER 3

# TRABALHOS

## POSTER 1 — ABCESSO PULMONAR E ACALÁSIA

Ana Isabel Bento Ferreira Leite; Joana de Castro Rocha; Rosa Lemos  
UNIDADE LOCAL SAUDE PÓVOA VARZIM/VILA CONDE

### INTRODUÇÃO:

O abcesso pulmonar ocorre após aspiração de conteúdo alimentar e/ou quando há condição predisponente: obstrução brônquica, disseminação hematogénica (embolização séptica/bacteriemia), extensão directa de infeção local ou cavitação infectada. Na acalásia a perda de peristalse do esófago causa aspiração de conteúdo alimentar.

### DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO:

Mulher, 79 anos, autónoma. Acalásia medicada: omeprazol 20 mg, domperidona 10 mg, lercanidipina 10 mg, nitroglicerina 0,5 mg. Internada por disfagia, regurgitação, tosse nocturna, perda peso. Anemia, leucocitose, neutrofilia, subida proteína C reactiva. Gasimetria sem insuficiência respiratória e lactatos normais. Rx e TAC torax revelaram lesão cavitada lobo superior direito 94 mm x 42 mm, nível hidro-aéreo 55 mm x 27 mm. Antigenos urina Legionela/Pneumococos, virus respiratórios Influenza/SARS cov, HIV negativos. Não diabética. Iniciou amoxicilina+ácido clavulânico 2,2 g endovenoso. Hemoculturas, 3 baciloscopias, aspirado gástrico PCR Mycobacterium tuberculosis negativas. Por isolamento nas secreções Pseudomonas aeruginosa, ao 8º dia iniciou piperacilina+tazobactam (6 semanas). Broncofibroscopia: aspirado brônquico Klebsiella pneumoniae, bacilo álcool-ácido resistente negativo, citologia células inflamatórias. Teve necessidade de sonda nasogástrica mas após lansoprazol 30 mg, domperidona 10 mg 8/8H, lercanidipina 10 mg e 14 dias antibioterapia, tolerou dieta pastosa per os. Apirexia, descida marcadores inflamatórios, TAC torax com melhoria coleção líquida nível aéreo cavitação pulmão direito. Após 1 mês de antibioterapia, TAC torax com cavitação conteúdo gasoso 45 mm, rodeada de parênquima consolidado com broncogramas aéreos, com fenómenos pneumoatelectásicos de conotação residual/sequelar. Após 6 semanas de antibioterapia apresentava TAC torax com lesão estável. Alta orientada para consulta.

### CONCLUSÕES:

Acalásia foi factor risco para abcesso do pulmão por Klebsiella pneumoniae e Pseudomonas aeruginosa. O diagnóstico diferencial inclui neoplasia pulmão, tuberculose, cavitação sobreinfectada por fungos/micobactérias. A antibioterapia deve manter-se até melhoria. O tratamento da Acalásia inclui inibidor bomba protões, pró-cinético, bloqueador canais cálcio, nitrato.

## POSTER 2 – VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NA PNEUMONIA COVID 19 E SÍNDROME APNEIA OBSTRUTIVA SONO

Ana Isabel Bento Ferreira Leite; Joana de Castro Rocha; Rosa Lemos  
UNIDADE LOCAL SAUDE PÓVOA VARZIM/VILA CONDE

### INTRODUÇÃO

A Obesidade é factor risco para Síndrome Apneia Obstrutiva Sono e agrava o prognóstico na Pneumonia Covid 19. A ventilação mecânica invasiva é realizada nos casos graves quando ocorre falência da ventilação não invasiva.

### DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Homem 57 anos, autónomo. Obesidade, Dislipidemia medicado com rosuvastatina. Recorreu ao Serviço Urgência por tosse, febre e dispneia em repouso. Apresentava linfopenia (860), trombocitopenia (127000), elevação da proteína C reactiva (56,3 mg/dl), DHL (717 U/L) e D-Dimeros (700 ng/ml), proBNP normal. PCR SARS Cov2 positivo. Gasimetria ar com insuficiência respiratória hipoxémica (ratio 150). Rx torax infiltrados bilaterais. TC tórax infiltrados intersticiais bilaterais, atingimento 50% parênquima, consolidação lobos inferiores. Por Pneumonia bilateral Covid 19 iniciou oxigenoterapia com alto fluxo e ventilação não invasiva. Iniciou dexametasona e remdesivir e por agravamento iniciou ventilação mecânica invasiva. HIV, VHB, VHC negativos. HbA1c 6,6 %. Hemoculturas negativas. Teve evolução favorável, com descida parâmetros inflamatórios e resolução das citopenias, DHL 283 U/L; ferritina 1308 ng/ml, D-dimeros 719 ng/ml. Ao 4º dia foi extubado, iniciou ventilação não invasiva nocturna e cinesioterapia. Ao 12º dia teve melhoria na TC tórax (densificações vidro despolido, atingimento 30 % parênquima, maior expressão lobos inferiores onde há espessamento septos interlobulares e fibrose, excluiu tromboembolismo). Realizou ecocardiograma transtorácico (disfunção diastólica ventriculo esquerdo grau I). Após 1 mês repetiu TC tórax sem consolidações. Após alta, aos 8 meses realizou espirometria sem alterações e estudo sono com Síndrome Apneia Obstrutiva Sono moderada tendo iniciado CPAP nocturno.

### CONCLUSÕES

Nos obesos a Síndrome Apneia Obstrutiva Sono pode estar subdiagnosticada e pode ser factor de agravamento para a Pneumonia Covid 19. O início de CPAP nocturno ajuda a melhorar o prognóstico. Na falência da ventilação não invasiva, a rápida decisão de escalar para ventilação mecânica contribui para a evolução favorável.

## POSTER 3 – VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NA PNEUMONIA VÍRICA POR ENTEROVIRUS e RINOVIRUS

Ana Isabel Bento Ferreira Leite; Joana de Castro Rocha; Rosa Lemos  
UNIDADE LOCAL SAUDE PÓVOA VARZIM/VILA CONDE

### INTRODUÇÃO

O tabagismo é factor risco para Pneumonia vírica por Enterovirus e Rinovirus. A ventilação mecânica invasiva é realizada quando ocorre falência da ventilação não invasiva.

### DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Mulher, 49 anos, autónoma. Fumadora. Não medicada. Recorreu ao Serviço Urgência por tosse produtiva e dispneia em repouso. Apresentava pieira, polipneia, SatO<sub>2</sub> (O<sub>2</sub> 60%) 92%, febre, auscultação sibilos. Gasimetria (O<sub>2</sub> 60%) pH 7.4 O<sub>2</sub> 63 CO<sub>2</sub> 34 HCO<sub>3</sub> 23 SatO<sub>2</sub> 93% Lactatos 1.2 (ratio 105). Leucocitose (16800), proteína C reactiva (2 mg/dl), NTproBNP (393 pg/ml). HIV, antigenos urina Legionela/Pneumococos, SARS cov2, Influenza A/B/VSR negativos. Radiografia tórax hipotransparencia base esquerda. Interpretado como Pneumonia Adquirida Comunidade. Iniciou amoxicilina/acido clavulanico e ventilação não invasiva (IPAP 14/EPAP 6 O<sub>2</sub> 10L/min). 1 hora depois apresentou gasimetria pH 7.4 O<sub>2</sub> 81 CO<sub>2</sub> 34 HCO<sub>3</sub> 23 SatO<sub>2</sub> 96% Lactatos 1.1 (ratio 204). AngioTC torax multiplas densificações pulmonares bilaterais focais vidro despolido, espessamento intersticial reticular mais expressivo no lobo inferior esquerdo, sem tromboembolismo. Por falência da ventilação não invasiva progrediu para ventilação mecânica invasiva. Isolamento de Enterovirus e Rinovirus. Após propofol ocorreu citólise muscular e hepática. Após estratégia poupadora de propofol e início de cetamina teve resolução de citólises e conseguiu extubação. No 3º dia febre, subida dos parâmetros inflamatórios, radiografia tórax consolidação pulmão esquerdo, interpretado como sobreinfecção bacteriana. Sem novo isolamento de agente infeccioso. Ecocardiograma transtorácico com fracção ejeção 50 %. Cumpriu antibiótico 8 dias, diurético, broncodilatadores, oxigenoterapia, cinesioterapia respiratória. Alta medicada com inalador e abstinência tabágica. 3 meses depois, espirometria com défice ligeiro transferência alvéolo capilar CO, prova broncodilatação positiva ao broncodilatador inalado.

### CONCLUSÕES

A decisão de progredir de ventilação não invasiva para ventilação mecânica invasiva influencia o prognóstico da Pneumonia vírica por Enterovirus/Rinovirus. Outras causas de insuficiência respiratória deverão ser excluídas: tromboembolismo, hipervolemia, sobreinfecção bacteriana. Espirometria deve ser ponderada no follow-up.

## POSTER 4 Terapêutica biológica na asma: uma série de casos

Inês de Amorim Pereira; Isabel Rodrigues Neves; João Neves

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÓNIO

### INTRODUÇÃO:

A asma é uma doença respiratória crónica heterogénea, que afeta cerca de 350 milhões de pessoas a nível mundial, sendo que 5-10% apresentam asma grave. A terapêutica biológica mostrou ter benefício no tratamento da asma grave refratária, por contribuir para um melhor controlo dos sintomas, e para uma redução das exacerbações com consequente menor necessidade de corticoterapia oral.

### OBJETIVO:

Descrever as características clínicas e a evolução dos doentes com asma sob terapêutica biológica, avaliando o impacto no controlo da doença e na necessidade de corticoterapia sistémica.

### MATERIAL E MÉTODOS:

Caracterização clínica e evolução de 5 doentes sob terapêutica biológica, selecionados entre os 167 seguidos por asma numa consulta de doenças respiratórias de um hospital universitário.

### RESULTADOS:

Todos os doentes apresentavam asma moderada a grave com comorbilidades associadas: 3 doentes com rinosinusite crónica com polipose nasal, 1 doente com rinite alérgica e 1 doente com poliangeíte com granulomatose eosinófila (EGPA). O dupilumab (anti-IL-4R $\alpha$ ) foi o anticorpo monoclonal mais utilizado (3 doentes), seguido do omalizumab (anti-IgE, 1 doente) e do mepolizumab (anti-IL-5, 1 doente). Apenas um dos doentes precisou de corticoterapia sistémica após ter iniciado terapêutica biológica, para controlo de agudização de rinosinusite, e todos os doentes apresentaram bom controlo sintomático durante o seguimento. Verificou-se uma discreta melhoria do FEVE1 nos 3 doentes que realizaram provas de função pulmonar (PFP) após início desta terapêutica. Não foram reportados efeitos adversos dos anticorpos monoclonais nestes doentes.

### CONCLUSÕES:

Nos nossos doentes o início da terapêutica biológica foi na sua maioria motivado pelas comorbilidades associadas, sendo que apenas um doente iniciou terapêutica devido à gravidade e dificuldade no controlo da asma. Apesar disso, todos os doentes apresentaram bom controlo da doença sem necessidade de corticoterapia sistémica, e foi objetivada melhoria da função pulmonar nos que repetiram PFP após início da terapêutica. Estes resultados vão de encontro ao papel dos anticorpos monoclonais no controlo da asma grave, em particular nos doentes com fenótipo de inflamação tipo 2.

## POSTER 5 — Hiponatremia persistente

Maria Inês Risto; Rafaela Ribeiro; Carolina Basílio Lemos; Gonçalo Fonseca;  
Nuno Moreira; Alfredo Martins

HOSPITAL DA LUZ ARRÁBIDA

A hiponatremia é definida por uma concentração sérica de sódio inferior a 135 mEq/L. A Síndrome da Secreção Inapropriada de Hormona Antidiurética (SIADH) é uma das suas etiologias mais frequentes, provocando hiponatremia euvolémica. A SIADH pode ser uma Síndrome paraneoplásica, sendo o Carcinoma do Pulmão uma das causas mais comuns.

Apresentamos o caso clínico de um homem de 88 anos, ex-fumador (30UMA). Admitido por quedas frequentes, períodos de confusão e lapsos de memória. Ao exame físico, desorientado e euvolémico. Analiticamente, apresentava hiponatremia grave (119mEq/L) e osmolaridade urinária normal, sem outras alterações, não sendo identificada nenhuma etiologia inicialmente. Durante o internamento, a hiponatremia persistiu, apesar do tratamento instituído, tendo-se levantado a hipótese da presença de uma Síndrome paraneoplásica. Foi realizada TC-TAP que identificou um nódulo pulmonar. Realizou biópsia transtorácica que permitiu o diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão. Proposto para radioterapia estereotáxica que aguarda.

A hiponatremia sintomática persistente, pode ser a primeira manifestação de doença neoplásica, especialmente em doentes idosos. A produção ectópica da hormona anti-diurética é mais frequente no Carcinoma de Pequenas Células do Pulmão, mas pode surgir noutros tumores pulmonares, sendo no adenocarcinoma pulmonar uma causa rara, cuja identificação precoce pode alterar significativamente a abordagem terapêutica e o prognóstico do doente.

## POSTER 6 — Febre persistente em imunocomprometidos: infecção por SARS-CoV-2, um diagnóstico que não pode ficar esquecido

Maria Inês Risto; Rafaela Ribeiro; Carolina Basílio Lemos; Gonçalo Fonseca; Nuno Moreira; Rui Barros

HOSPITAL DA LUZ ARRÁBIDA

A infecção por SARS-CoV-2 continua a representar um desafio clínico, especialmente em doentes imunodeprimidos. Relatamos dois casos de doentes com imunodeficiência humoral secundária a tratamento com anti-CD20 e infecção pulmonar persistente após episódio inicial de COVID-19.

Tratam-se de dois casos de doentes com Linfoma não Hodgkin e hipogamaglobulinemia secundária ao tratamento com rituximab. No primeiro caso, o doente foi inicialmente internado por COVID-19, após ciclo de quimioterapia. Por não apresentar critérios de gravidade, não fez tratamento antivírico. Após a alta manteve, durante vários meses, febre persistente e infiltrados pulmonares bilaterais, tendo realizado múltiplos ciclos de antibioterapia por suspeita de sobreinfecção bacteriana, sem resolução. O estudo incluiu várias pesquisas de SARS-CoV-2 nasofaríngeas negativas, broncofibroscopia com exame bacteriológico, micobacteriológico, micológico, pesquisa de *Pneumocystis jirovecii* e painel virológico extenso (sem pesquisa de SARS-CoV-2) negativos. Propôs-se nova broncofibroscopia com pesquisa de SARS-CoV-2 que foi positiva.

No segundo caso, após internamento por Pneumonia por COVID-19, a doente manteve febre associada a infiltrados pulmonares em agravamento progressivo. A broncoscopia confirmou a presença de SARS-CoV-2 no lavado broncoalveolar.

Em ambos, foi assumida infecção ativa e persistente por SARS-CoV-2. Realizou-se tratamento antivírico com remdesivir com resolução da febre, dos sintomas respiratórios e das alterações radiológicas.

Estes casos ilustram a necessidade de considerar a infecção por SARS-CoV-2 como hipótese de diagnóstico em doentes imunocomprometidos com défice de imunoglobulinas e com quadros arrastados de febre e infiltrados pulmonares, mesmo após infeções iniciais sem critérios de gravidade. Nestes casos, o uso de antivirais deve ser considerado e a reposição de imunoglobulinas pode ter um papel relevante na resposta terapêutica, contribuindo para uma maior eficácia do tratamento.

## POSTER 7 – Mepolizumab na asma grave e na poliangeíte com granulomatose eosinofílica: mesma terapêutica, diferentes estratégias

Inês de Amorim Pereira; Isabel Rodrigues Neves; Tomás Fonseca; João Neves

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÓNIO

### INTRODUÇÃO

A poliangeíte com granulomatose eosinofílica (EGPA) é uma vasculite eosinofílica de pequenos e médios vasos. A asma está presente em > 90% dos doentes com EGPA, e por norma, precede o diagnóstico de vasculite em vários anos. Os anticorpos anti-IL-5 são utilizados no tratamento da EGPA sem manifestações graves e no tratamento da asma grave, embora com posologias distintas.

### CASO CLÍNICO

Mulher de 68 anos, antecedentes de SAOS ligeiro e excesso de peso. Seguida previamente por asma, encaminhada para a consulta de doenças respiratórias após nova agudização com recuso ao serviço de urgência. História de tabagismo passivo e história familiar de asma, mas sem história de alergias/atopia ou exposição a pneumotóxicos. Apresentou múltiplos episódios de exacerbação com necessidade de corticoterapia sistémica, até ser internada por nova agudização. Nesse internamento revista anamnese a revelar história de epistaxis intermitente e eosinofilia periférica em estudos analíticos prévios aos múltiplos ciclos de corticoterapia. Completou estudo etiológico: TC tórax de alta resolução com padrão em vidro despolido bilateralmente e discreto espessamento das paredes brônquica; lavado broncoalveolar sem identificação de agente infeccioso, relação CD4/CD8 normal e ausência de alveolite (corticoterapia sistémica recente); estudo imunológico com P-ANCA positivo, padrão MPO (216 UQ) e aumento de IgG4 sérico (263 mg/dL). Assumido diagnóstico provável de EGPA, score FFS de 1. Evoluiu com refratariedade à corticoterapia e foi adicionado metotrexato. Pelo difícil desmame de corticoterapia ao final de 3 anos, e pelo agravamento clínico e analítico (novas agudizações de asma, MPO em perfil ascendente) iniciou mepolizumab 300mg/mês. Atualmente com estabilidade clínica a permitir redução de dose para 200mg/mês, sendo que o objetivo serão os 100mg/ mês (posologia na asma grave) se mantiver estabilidade.

### CONCLUSÕES

Este caso reforça a importância de considerar precocemente o diagnóstico de EGPA em doentes com asma grave, eosinofilia periférica e necessidade recorrente de corticoterapia sistémica. Adicionalmente destaca a importância de uma abordagem terapêutica individualizada, com ajuste do mepolizumab conforme a fase da doença, e de um acompanhamento especializado na gestão destas patologias e terapêuticas.

# APOIOS

## PATROCINADORES

---



## APOIO INSTITUCIONAL

---



## ORGANIZAÇÃO

---



# ORGANIZAÇÃO

## **ORGANIZAÇÃO DIREÇÃO NEDRESP**

Biénio: 2024-2026

### **Coordenador**

Pedro Leuschner

### **Coordenador-Adjunto**

José Miguel Maia

### **Secretariado**

Raquel Calisto

Cláudia Ferrão

Rui Barros

Mariana Meireles

Isabel Neves

## **COMISSÃO ORGANIZADORA**

### **Presidente**

Pedro Leuschner

Raquel Calisto

Cláudia Ferrão

Isabel Neves

## **DIREÇÃO SPMI**

### **Presidente**

Luís Duarte Costa

### **Vice-Presidente**

Isabel Fonseca

Vasco Barreto

Nuno Bernardino

### **Secretário Geral**

Bruno Grima

### **Secretário Adjunto**

Mafalda Santos

Carolina Guedes

Anabela Oliveira

### **Tesoureiro**

Fernando Salvador

## **SECRETARIADO EXECUTIVO**



SOCIEDADE PORTUGUESA  
DE MEDICINA INTERNA  
[www.spmi.pt](http://www.spmi.pt)  
[secretariado@spmi.pt](mailto:secretariado@spmi.pt)

## **AGÊNCIA DE CONGRESSOS E EVENTOS**

**THE** House  
of Events

THE HOUSE OF EVENTS  
[www.the.pt](http://www.the.pt)  
E. [liliana@the.pt](mailto:liliana@the.pt)  
T. +351 228 348 940

[nedresp@the.pt](mailto:nedresp@the.pt)