

31.^o congresso nacional de CNM medicina interna

22-25
MAIO
2025

Convento de
São Francisco,
Coimbra



UMA
LIÇÃO
DE FUTURO
E TRADIÇÃO

LIVRO DE
RESUMOS

Organização



Apoio institucional

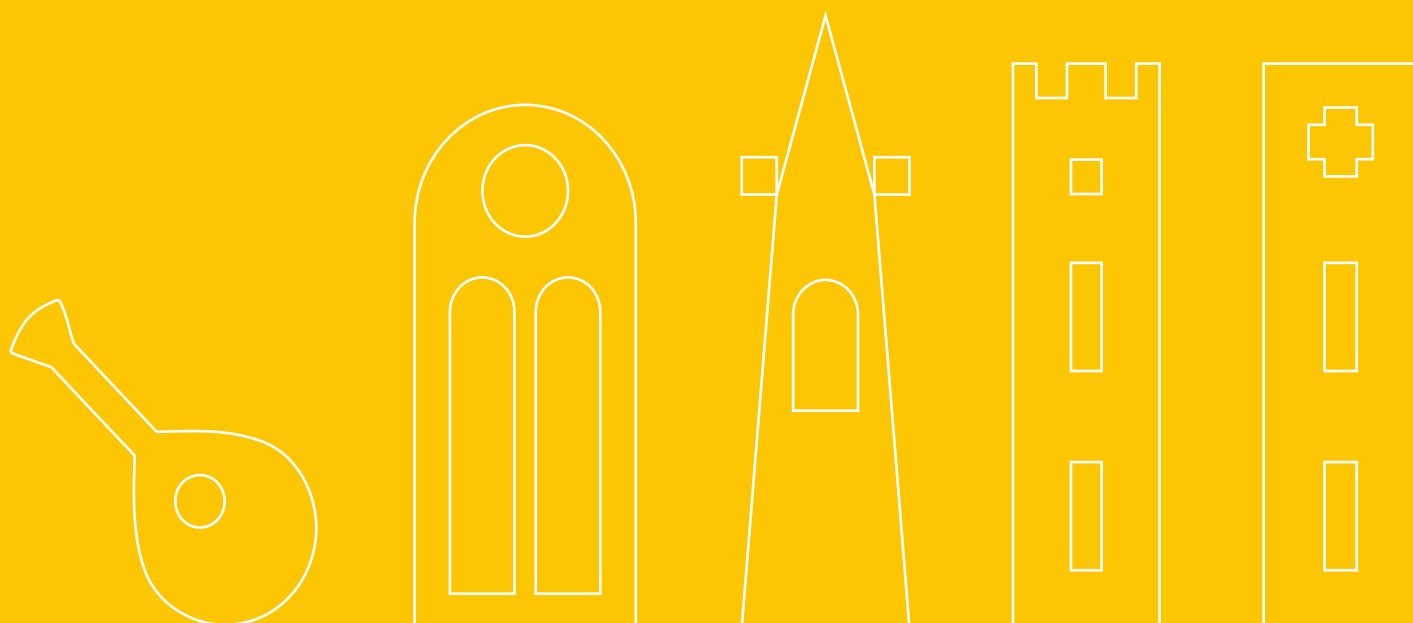


Agência oficial

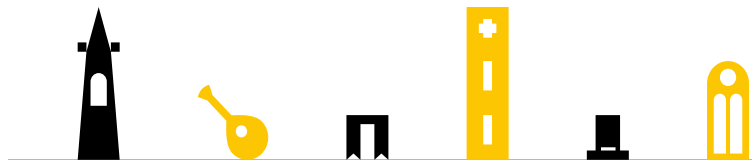


ÍNDICE GERAL

LISTAGEM DOS REVISORES	3
COMUNICAÇÕES ORAIS.....	6
• COMUNICAÇÕES ORAIS - CASOS CLÍNICOS.....	7
• COMUNICAÇÕES ORAIS - CASUÍSTICA/INVESTIGAÇÃO	176
POSTERS COM APRESENTAÇÃO	245
• POSTERS COM APRESENTAÇÃO - CASOS CLÍNICOS	246
• POSTERS COM APRESENTAÇÃO - CASUÍSTICA/INVESTIGAÇÃO	799
POSTERS	841
• POSTERS - CASOS CLÍNICOS	842
• POSTERS - CASUÍSTICA/INVESTIGAÇÃO	1133
IMAGENS EM MEDICINA	1144



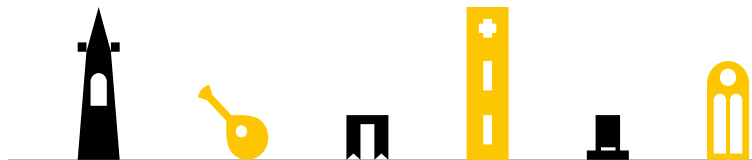
LISTAGEM DOS REVISORES



Abílio Gonçalves
Adélia Simão
Aida Cordero
Alfredo Leite
Amélia Pereira
Ana Barreira
Ana Campar
Ana Cardoso Lopes
Ana Filipa Rebelo
Ana Grilo
Ana Luísa Faceira
Ana Margarida Ribeiro
Ana Rita Cruz
Anabela Barros
Anabela Oliveira
Anabela Raimundo
André Gomes
Andreia Vilas Boas
António Martins Baptista
António Oliveira e Silva
Armando Carvalho
Arsénio Santos
Bebiana Gonçalves
Bruno Grima
Cândida Fonseca
Carlos Carneiro
Carlos Dias
Carmélia Rodrigues
Carolina Guedes
Cátia Canelas
Catia Eliana Barreiros

Cecília Vilaça
Conceição Escarigo
Conceição Pires
Cristina Rosário
Diana Fernandes
Dina Carvalho
Diogo Cruz
Edite Nascimento
Eduardo Doutel Haghighi
Elsa Gaspar
Estevao Pape
Eugénio Dias
Fátima Campante
Fátima Guedes
Fátima Pinto
Fátima Seabra
Fátima Silva
Faustino Ferreira
Fausto Roxo
Fernando Friões
Fernando Martos Gonçalves
Fernando Salvador
Fernando Santos
Filipa Gomes
Filipa Malheiro
Filipe Andrade
Filipe Breda
Francisca Delerue
Francisco Parente
Heidi Gruner
Helena Gonçalves

LISTAGEM DOS REVISORES



Inês Albuquerque
Inês Chora
Inês Ferreira
Inês Palma dos Reis
Isabel Esperança
Isabel Lavadinho
Isabel Madruga
Isabel Neves
Ivone Ferreira
Joana Calvão
Joana Cochicho
Joana Cunha
Joana Pinto
João Araújo Correia
João Correia
João Gonçalves Pereira
João Melo
João Neves
João Pedro Gomes
João Sá
Jorge Fortuna
Jorge Leitão
José Ferreira
José Manuel Pestana
José Mariz
José Meireles
José Presa
Leila Amaro Cardoso
Leopoldina Vicente
Lia Marques
Luís Brito Avô

Luís Duarte Costa
Luis Nogueira Silva
Luísa Fonseca
Luísa Guimarães
Luísa Pereira
Lurdes Correia
Mafalda Santos
Manuel Teixeira Veríssimo
Manuela Cabral
Margarida França
Margarida Freitas Silva
Margarida Mota Carvalho
Maria Céu Rocha
Maria Eugénia André
Maria Helena Pereira
Maria João Lobão
Maria Talayero Castellano
Mariana Pintalhão
Melanie Ferreira
Mónica Reis
Narciso Oliveira
Nuno Bernardino Vieira
Nuno Cardoso
Olga Gonçalves
Paulo Almeida
Paulo Carrola
Paulo Castro Chaves
Paulo Gouveia
Pedro Caiano Gil
Pedro Cunha
Pedro Leuschner

LISTAGEM DOS REVISORES

Pedro Raimundo

Pedro Ribeiro

Pedro von Hafe

Rafaela Veríssimo

Raquel Calisto

Ricardo Fernandes

Ricardo Louro

Rita Paulos

Rogério Vicente Ferreira

Rui Carneiro

Rui Silva

Sandra Morais

Sara Marques

Sofia Nobrega

Sofia Pinheiro

Sónia Chan

Susana Cavadas

Susana Coelho

Susana Marques

Suzana Calretas

T. Abreu

Teresa Alfaiate

Vanessa Novais de Carvalho

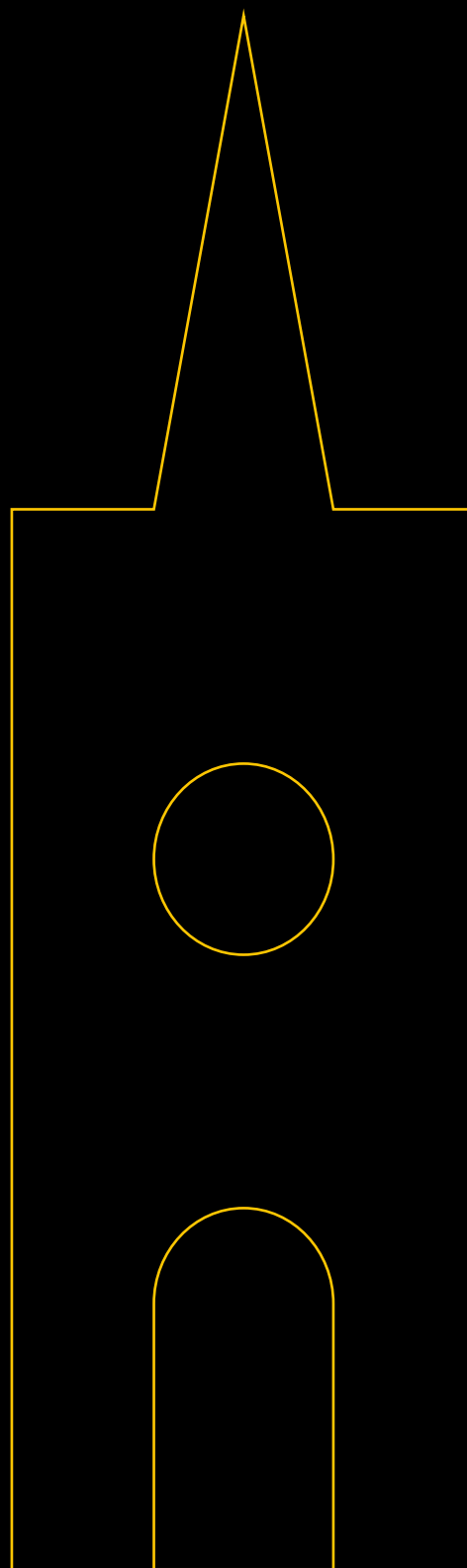
Vanessa Pires

Vítor Branco

Vitor Fagundes

Vitor Paixão Dias

Zélia Lopes

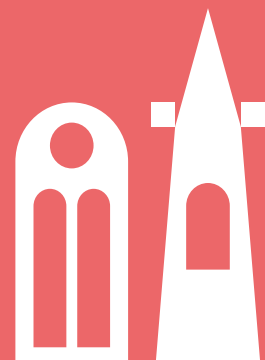


COMUNICAÇÕES ORAIS



COMUNICAÇÕES ORAIS

CASOS CLÍNICOS



ÍNDICE

- CO0031 COMPLICAÇÃO INCOMUM DE UM FÁRMACO FREQUENTE
- CO0033 Vasculite Associada ao VIH: Um Caso de Surdez Sensorineural, Paralisia de Bell e Psoríase Guttata
- CO0044 Peritonite Criptocócica: Um Desafio Diagnóstico em um Doente Imunocomprometido
- CO0047 O Eco do Trauma: Desvendando a Endocardite Infecciosa Inesperada
- CO0048 Colite induzida por imunoterapia refratária a corticoterapia
- CO0049 Toxicidade pulmonar por imunoterapia - um caso de pneumonite imunomediada
- CO0051 Diagnóstico de vasculite ANCA-MPO em doente com vertigem - vários sistemas, um só diagnóstico
- CO0074 Leishmaniose visceral com linfocitose hemofagocítica
- CO0091 Reação alérgica ou síndrome paraneoplásica
- CO0093 Analbuminemia
- CO0095 Toxicidade atípica do sistema nervoso central, um t(r)emor com resolução
- CO0096 Trombose venosa jugular, uma apresentação rara de adenocarcinoma duodenal
- CO0101 Linfoma composto com linfomatose peritoneal - quando duas raridades se encontram
- CO0147 O Peso dos anos e o desafio diagnóstico: estudo etiológico de uma deterioração de estado geral aguda
- CO0180 Síndrome HaNDL - um diagnóstico diferencial de encefalite por VHH-6
- CO0186 Artrite Psoriática com atingimento pulmonar em doente sob tratamento com adalimumab: caso clínico
- CO0191 Clostridium paraprutificum: Um raro caso de bacteriemia por um agente pouco comum.
- CO0192 Síndrome de Castleman unicêntrico ou multicêntrico
- CO0235 Mais do que uma pneumonia - a dificuldade diagnóstica
- CO0245 Toxicidade cardiovascular do Acalabrutinib - Relato de um caso clínico
- CO0256 Ceder à pressão - um caso raro de neuropatia
- CO0295 Compressão medular: uma apresentação rara de esclerose tuberosa
- CO0302 A Hipófise Esquecida – Diagnóstico Tardio de Síndrome de Sheehan
- CO0304 Doença Hepática Crônica como Apresentação Inicial de Doença de Wilson
- CO0340 Púrpura trombocitopénica imune secundária a Etanercept: a propósito de um caso clínico
- CO0359 Leucemia de plasmócitos: uma entidade rara
- CO0371 Lesão ocupando espaço - desafio diagnóstico.
- CO0379 Abscesso cerebral, uma complicação rara da infeção por Listeria
- CO0390 QUANDO A IMUNOSSUPERESSÃO É INTERROMPIDA: UM CASO DE ASPERGIOSE PULMONAR CRÔNICA NECROTIZANTE
- CO0418 A complexidade da sobreposição entre doença de Behçet e síndrome de Ehlers-Danlos
- CO0419 Da meningoencefalite aguda ao diagnóstico diferencial de massas intracardíacas
- CO0421 Parésia transitória do plexo braquial após anestesia local para acesso venoso central
- CO0429 Colangiocarcinoma intra-hepático: o peso da história
- CO0452 Celulite periorbitária? Nem tudo o que parece é
- CO0460 Trombocitopenia Induzida pela Heparina - onde há fumo há fogo?
- CO0479 Contra-relógio num caos cardiovascular
- CO0492 AVC isquémico? Quando a clínica nos guia para o improvável.
- CO0499 Glomerulonefrite associada à infeção no adulto
- CO0524 Síndrome de Guillain-Barré Paraneoplásico
- CO0545 Hipercalemia: Duas Faces do Hiperparatireoidismo Primário
- CO0551 Diabetes Insipidus em doente imunocomprometido - um desafio diagnóstico
- CO0557 A utilização de ARNI na IC de alto débito em jovem hemodialisada. Efeito sinérgico ou cumulativo?

- CO0565 Sarcoma do estroma gastrointestinal (GIST) em indivíduo com Neurofibromatose tipo 1
- CO0575 Febre sem foco- desafio para internista!
- CO0594 Dermatite Espongiótica Aguda e Dupilumab Off-label: Uma Nova Perspetiva Terapêutica
- CO0599 Quando a Discrição Esconde uma Doença Agressiva
- CO0602 Actinomicose mediastínica em doente com adenocarcinoma pulmonar
- CO0626 LINFOMA PRIMÁRIO DAS SEROSAS
- CO0631 Microangiopatia trombótica – quando a etiologia não é evidente
- CO0640 EspiroQuê?
- CO0686 Doença Desmielinizante Associada à Presença de Anti- MOG: Um Desafio Diagnóstico
- CO0690 Utilização do ácido obeticólico (OCA): será benéfico ou não na Colangite Biliar Primária
- CO0696 Síndrome de Sweet Pós-Infecciosa: Quando Suspeitar e Como Tratar?
- CO0701 Um caso raro de anemia hemolítica não imune por déficit severo de B12
- CO0704 Colangite esclerosante primária de pequenos ductos: uma entidade invisível aos olhos
- CO0705 Histiocitose de células de Langerhans no adulto: um diagnóstico inesperado
- CO0712 Uma causa rara de insuficiência da suprarrenal
- CO0717 Relembrando o linfoma gastrointestinal – a propósito de 3 casos clínicos.
- CO0722 Angioimmunoblastic T-cell lymphoma– Challenges in Diagnosis
- CO0725 Síndrome hemofagocítica secundária a endocardite a Bartonella spp.
- CO0760 Anemia Megaloblástica Grave com Apresentação Atípica: Um Diagnóstico Desafiante
- CO0763 Doença de Chagas – Uma Patologia Migrante
- CO0776 Seroconversão à vista
- CO0788 Hemofilia A adquirida na infecção assintomática por SARS-CoV-2
- CO0790 Síndrome de Taquicardia Postural Ortostática Pós-Vacinação SARS-CoV-2: Associação Causal ou Casual?
- CO0797 Neurocisticercose: um caso de crise epilética secundária numa região não endêmica
- CO0824 Histiocitose de células de Langerhans: lesão óssea há mais de 10 anos.
- CO0829 Tricoleucemia e Melanoma com Mutação BRAF Positiva: Relato de Caso
- CO0848 O que diz o teu habitus
- CO0855 A Febre Desmistificada
- CO0858 Um olho no passado, outro no diagnóstico: neurosífilis a manifestar-se como olho vermelho
- CO0878 Quando o Coração Balança: Um Carcinoma Tímico Mascarado de Derrame Pericárdico
- CO0891 QUANDO NEM TUDO É O QUE PARECE: SÍNDROME POLINGLANDULAR TIPO 2
- CO0894 O difícil diagnóstico de Doença de Creutzfeldt-Jakob: relato de caso
- CO0909 Diagnóstico Diferencial do Nódulo Pulmonar
- CO0926 Enterococcus gallinarum – um agente raro de endocardite infecciosa
- CO0954 Terapêutica anti-angiogênica na Síndrome de Rendu-Osler-Weber: relato de caso com bevacizumab
- CO0960 Micobacteriose Não Tuberculosa Disseminada na Apresentação Inicial de Linfoma de Grandes Células B
- CO0991 Os 3 D's: disfagia, disartria e diplopia
- CO1006 Síndrome de TINU: O desafio de reconhecer uma doença pouco frequente
- CO1017 Sinal de Chilaiditi - um achado a investigar
- CO1025 Rigidez e Espessamento Cutâneo: Como chegar ao diagnóstico de Fasceíte Eosinofílica
- CO1027 Diagnóstico e Gestão da Síndrome Hemofagocítica: Relato de Caso
- CO1032 Síndrome Hemofagocítico secundário a Linfoma T/NK Extraganglionar e Chronically Active EBV Infection
- CO1036 Síndrome de Wunderlich
- CO1037 Síndrome VEXAS
- CO1039 Trajeto Intramiocárdico da Descendente Anterior: Um Achado Incidental ou um Inimigo Silencioso?
- CO1040 Manifestação renal, tireoideia e ocular de sarcoidose
- CO1042 SMELLS LIKE TEEN SPIRIT - O POSTAL DE UMA VIAGEM
- CO1044 Coriorretinite bilateral: uma rara manifestação de zoonose
- CO1057 Entre fraldas e insulina: a LADA que chegou com a gestação.
- CO1073 Eritema descamativo em doente com disfunção multiorgânica
- CO1080 Anemia Hemolítica em Melanodérmicos: Nem Sempre é Anemia Falciforme
- CO1083 Déficit de Alfa-1 Antitripsina: Pequena Proteína, Grandes Consequências
- CO1093 Mieloma múltiplo: diagnóstico precoce.
- CO1116 Síndrome de Kounis – Uma causa menos frequente de uma doença comum
- CO1171 Dor que engana- um caso de porfiria aguda
- CO1211 Título: Escleromiosite: Desafios diagnósticos de uma entidade rara
- CO1212 Púrpura de Henoch-Schönlein: Vasculite Oculta nos Adultos

- CO1213 Hepatite E em Portugal: Casos Clínicos e a Necessidade de Vigilância e Prevenção
- CO1237 Uma inesperada associação entre dor abdominal e um linfoma
- CO1240 Mycobacterium chimarae mimetizando cancro: um caso de estudo
- CO1299 Um caso de bacteriemia suína
- CO1307 Hepatite Auto-Imune Induzida por Anastrozol: Um Diagnóstico Desafiante
- CO1308 Insuficiência Renal Rapidamente Progressiva: Um Caso de Amiloidose AL
- CO1311 O dedo que adivinha – Um caso de blue toe syndrome após início de hipocoagulação
- CO1316 Drug-Induced Liver Injury (DILI) a Fosfomicina
- CO1333 Tuberculose abdominal: um enigma diagnóstico
- CO1339 Linfoma Primário do Pericárdio: um caso raro
- CO1367 Síndrome de Weil e Linfoma B Difuso de Grandes Células: Um Desafio Diagnóstico
- CO1379 Epistaxis, cefaleia e adenopatias cervicais - Tríade de um carcinoma nasofaríngeo
- CO1395 Espondilodiscite e Endocardite Infeciosa: Uma Jornada Diagnóstica Desafiante
- CO1397 Listeriose Invasiva e Diabetes Mellitus em Doente Jovem: Conexão Crucial
- CO1401 “Na hora de apertar o cinto” – Um caso clínico
- CO1413 Granulicatella adiacens - um agente atípico de artrite séptica
- CO1437 Insuficiência suprarrenal: quando suspeitar?
- CO1441 Semear para colher
- CO1462 How low can you go? Desdiferenciação de neoplasia do pâncreas com síndrome carcinoide em insulinoma
- CO1469 Um caso grave de Doença Pneumocócica Invasiva
- CO1481 Pleurite a Mycobacterium chimaera intracelular em doente sem patologia pulmonar estrutural
- CO1482 O impacto da hemodiálise na descompensação aguda da Leucionose
- CO1486 Linfoma de Alto Grau de Grandes Células B em doente com infeção VIH
- CO1489 Síndrome hipereosinofílica: apresentação clínica rara de granulomatose eosinofílica com poliangeíte
- CO1493 “UROPERITONEUM” – A propósito de um caso de uma puerpera
- CO1502 Mieloma Múltiplo IgM: Um Desafio Diagnóstico
- CO1508 Quando o Raro Se Torna Real: Espondilodiscite por Lactococcus garvieae
- CO1526 Desafio autoimune na gravidez
- CO1528 Derrame Pleural Recidivante: Abordagem Diagnóstica de um caso de Mesotelioma
- CO1567 SÍNDROME DE SJÖGREN E LINFOMA T ANAPLÁSICO: UM ENCONTRO INESPERADO
- CO1569 Lesão ocupante de espaço: diagnóstico de um linfoma não-Hodgkin folicular do sistema nervoso central
- CO1574 UM CASO DE MENINGITE PNEUMOCÓCICA SECUNDÁRIA A OTITE MÉDIA AGUDA EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE
- CO1577 Tosse persistente, etiologia diferente
- CO1585 Com a pulga atrás da orelha – um caso de Policondrite Recidivante
- CO1588 Síndrome de Evans secundário a deficiência seletiva de Imunoglobulina A
- CO1601 Derrame pericárdico metastático como manifestação inicial de recidiva de linfoma
- CO1608 Uma Viagem Inesperada num Caso de Insuficiência Cardíaca
- CO1635 O segredo do gânglio occipital
- CO1642 Parainfluenza 4 e Pneumonia Grave
- CO1644 Do ponto de partida urinário para um quadro de artropatia...
- CO1645 Actinomicose pulmonar com atingimento ósseo: um caso intrigante
- CO1646 Mieloma Múltiplo Oculto: A Síndrome Hemofagocítica como Pista Inicial
- CO1653 Isquemia da língua na Arterite de Células Gigantes – Apresentação atípica a não esquecer
- CO1664 PTT ADQUIRIDA NO IDOSO: UM CASO CLÍNICO
- CO1681 DIARREIA CRÓNICA: UMA APRESENTAÇÃO DE TUMOR NEUROENDÓCRINO?
- CO1706 Toracalgia após procedimento dentário
- CO1719 Síndrome de Lyell associada a Alopurinol
- CO1731 SÍNDROME DE HIPERHEMÓLISE: O PARADOXO DA TERAPIA TRANSFUSIONAL NA DREPANOCITOSE
- CO1740 MALÁRIA – UM CASO RARO DE CO-INFEÇÃO POR P. FALCIPARUM E P. OVALE
- CO1749 UM CASO DE POLISSEROSITE IDIOPÁTICA RECIDIVANTE – desafios diagnósticos e terapêuticos
- CO1760 Hipocalcemia e Pancitopenia: Uma Etiologia Inesperada.
- CO1784 SÍNDROME BIOLÓGICA INFLAMATÓRIA COMO MANIFESTAÇÃO DE ATROPIAS MICROCRISTALINAS
- CO1786 Avaliação Geriátrica Global: “o estetoscópio do geriatra”
- CO1801 Bacterial Parotitis Triggered by Non-Invasive Ventilation: A Case Report Of A Rare Complication

- CO1804 Nem tudo que parece, é: de Neoplasia Intestinal a Leishmaniose Visceral
- CO1808 Sífilis e doença de Behçet com espondiloartropatia: quando as manifestações clínicas se sobrepõem
- CO1811 “Mais vale remover do que remediar” um caso de encefalite paraneoplásica
- CO1832 Febre sem foco: Tempestade tiroideia no diagnóstico inaugural de doença de Graves
- CO1844 Quando um adenocarcinoma do esôfago parece um AVC
- CO1853 Diagnóstico em contra-relógio: um caso clínico
- CO1858 AVC Hemorrágico por Angiopatia Amilóide
- CO1862 Nefrite intersticial aguda: importante diagnóstico diferencial a considerar
- CO1877 Isquemia Intestinal Não Oclusiva: Um evento inesperado num doente com Acute-on-Chronic Liver Failure
- CO1896 Pensar além da neoplasia
- CO1899 Mieloma múltiplo de cadeias leves: a propósito de um caso clínico
- CO1909 Um Achado que Mudou Tudo: A Importância do Detalhe no Diagnóstico de Emergências

COMPLICAÇÃO INCOMUM DE UM FÁRMACO FREQUENTE

M. Inês Parreira; Carolina António Santos; Ana Mafalda Abrantes; João Pedro F. Marques; António Martins Baptista; Ana Alves Cardoso

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A hipomagnesémia induzida pelos inibidores da bomba de prótons (IBP) é frequentemente subdiagnosticada, não sendo habitualmente monitorizada em avaliações de rotina. Quando grave, pode originar arritmias cardíacas e hiperexcitabilidade do sistema nervoso central. Este caso demonstra a importância da monitorização da magnesémia em doentes com uso prolongado de IBP.

Caso Clínico

Mulher de 81 anos, medicada com esomeprazol 20mg. Avaliada no serviço de urgência após síncope, com eletrocardiograma sugestivo de enfarte agudo do miocárdio com supra desnivelamento do segmento ST nas derivações V3-V4. Apresentou ainda crise convulsiva tónico-clónica generalizada com resolução após diazepam. Eletroencefalograma sem atividade epileptiforme. Analiticamente com troponina 581 ng/L e hipomagnesémia de 0.4 mg/dL. Ecocardiograma transtorácico com balonamento apical, acinesia de todos os segmentos apicais e hipercontratibilidade dos segmentos basais, com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) de 30-35%. A coronariografia não revelou lesões coronárias, sendo admitida miocardiopatia de Takotsubo (MT), confirmada posteriormente por ressonância magnética cardíaca. Foram excluídas miocardite e feocromocitoma. A hipomagnesémia grave foi atribuída ao uso prolongado de IBP, que foi suspenso e iniciada suplementação endovenosa com estabilização da magnesémia. A doente teve alta com terapêutica modificadora de prognóstico da insuficiência cardíaca, apresentando recuperação da FEVE após 1 ano. Assumido o diagnóstico final de Miocardiopatia de Takotsubo e crise sintomática aguda em contexto de hipomagnesémia grave por uso prolongado de IBP.

Discussão

Embora a associação entre a hipomagnesémia e a MT não se encontre bem estabelecida, acredita-se que esta possa desencadear disfunção microvascular que pode estar subjacente à MT. Este caso reforça a importância de reavaliar a necessidade da manutenção de IBP e, quando indicado, garantir vigilância periódica da magnesémia.

Vasculite Associada ao VIH: Um Caso de Surdez Sensorioneural, Paralisia de Bell e Psoríase Guttata

Beatriz Parreira; Henrique Cerveira; Adriana Luísa Costa; Leila Amaro Cardoso

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) pode manifestar-se com sintomas inespecíficos, dificultando o diagnóstico precoce. Complicações neurológicas e autoimunes, incluindo surdez sensorioneural (SSN), paralisia de Bell e psoríase, têm sido associadas à disfunção imunitária causada pelo VIH. A vasculite associada ao VIH é rara, mas o seu reconhecimento é crucial devido ao impacto potencial na progressão da doença.

Apresentamos o caso de uma mulher de 62 anos referenciada à consulta de doenças autoimunes para avaliação de SSN flutuante à esquerda, com dois anos de evolução e resposta a corticoterapia. Um ano antes, desenvolveu paralisia de Bell, inicialmente atribuída a infeção viral e que resolveu com corticoterapia. Após a primeira consulta, apresentou lesões cutâneas compatíveis com psoríase guttata e linfadenopatias cervicais e submandibulares. Do estudo realizado, identificou-se infeção por VIH-1 com carga viral elevada (128.000 cópias/mL) e CD4 de 278 células/ μ L; linfadenopatias hipermetabólicas generalizadas e vasculite ativa da aorta identificadas em PET-TC. Assim, foi iniciada terapêutica antirretroviral (TAR), tendo a doente apresentado resolução completa das lesões de psoríase e ausência de recidiva da SSN e paralisia de Bell.

A vasculite associada ao VIH tem a sua patogénese atribuída à lesão endotelial direta pelo vírus, deposição de imunocomplexos e ativação de citocinas pró-inflamatórias. Neste caso, a SSN flutuante e a paralisia de Bell podem ter resultado de vasculite de pequenos vasos ou dano neural direto pelo VIH, enquanto a aortite reforça a presença de inflamação vascular sistémica. A psoríase guttata, surgida na fase aguda da infeção, foi provavelmente desencadeada pela ativação imunitária e desequilíbrio de citocinas.

Este caso sublinha a necessidade de elevada suspeição diagnóstica para o VIH em doentes com manifestações inflamatórias multissistémicas e o papel do internista na integração desses sintomas.

Peritonite Criptocócica: Um Desafio Diagnóstico em um Doente Imunocomprometido

Paula Mesquita; Daniela Ribeiro Alves; Melissa Silva; Hugo Marinho; Mónica Mata; Ana Micaela Martins; João Pedro Fonseca

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A criptococose é uma infecção fúngica oportunista que pode provocar doença disseminada grave em indivíduos imunocomprometidos. O envolvimento peritoneal é raro e, frequentemente, constitui um desafio diagnóstico.

Caso Clínico

Homem de 76 anos com antecedentes de doença de Crohn sob infliximab, hipertensão arterial, doença renal crónica e tuberculose latente previamente tratada. Apresentou-se no Serviço de Urgência por um quadro, com cinco meses de evolução, caracterizado por febre, astenia, anorexia, perda de peso, distensão abdominal e sudorese noturna, sintomas que agravaram significativamente nas duas semanas prévias. Após avaliação clínica inicial, admitido para investigação de síndrome constitucional com polisserosite, já que a ecografia revelou derrame pleural bilateral e ascite. Dado o estado de imunossupressão do doente, o diagnóstico diferencial inicial incluiu carcinomatose peritoneal e tuberculose.

Os exames realizados incluíram tomografia computadorizada (TC), análises laboratoriais (sangue, líquidos pleural e peritoneal) e laparoscopia exploratória com biópsias, que excluíram malignidade e tuberculose (através de culturas e PCR negativos) e confirmaram granulomas necrotizantes. O diagnóstico definitivo de peritonite granulomatosa necrotizante por *Cryptococcus neoformans* foi estabelecido com coloração de tinta-da-índia, culturas fúngicas positivas dos líquidos peritoneal e pleural, e deteção de antígeno *Cryptococcus* no sangue. O tratamento foi iniciado com anfotericina B lipossomal e flucitosina, resultando em melhoria clínica.

Discussão

Este caso destaca a importância de considerar a criptococose no diagnóstico diferencial de ascite e granulomas necrotizantes em indivíduos imunocomprometidos. O diagnóstico precoce e o início rápido da terapêutica antifúngica são cruciais para melhorar os resultados clínicos e a sobrevida.

O Eco do Trauma: Desvendando a Endocardite Infecciosa Inesperada

Francisco M. M. Pinheiro; Rosário Calado; José Paz Melo; Mariana Pinheiro; Ana Luísa Azevedo; Maria Isabel Apolinário; Guilherme Castro Gomes

HOSPITAL DE BRAGA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A endocardite infecciosa apresenta elevado risco, sobretudo quando associada a complicações multiorgânicas. Este caso ilustra a evolução de um quadro inicialmente focalizado numa bacteremia como provável consequência de trauma, culminando na descoberta inesperada de endocardite confirmada por ecocardiograma.

Caso Clínico

Uma mulher de 69 anos foi internada para investigação de uma suspeita de celulite do membro inferior, a condicionar uma lesão renal aguda, existindo também história de trauma no tornozelo direito. Nas hemoculturas realizadas foi isolado um *Streptococcus agalactiae*. Durante os 21 primeiros dias, iniciou tratamento com antibioterapia mas apresentou evolução clínica desfavorável, nomeadamente com dificuldade no controlo de volume e distúrbios iónicos, que culminou com uma insuficiência renal aguda rapidamente progressiva e necessidade de indução de diálise. Face a este agravamento foi realizado um ecocardiograma no sentido de averiguar a presença de uma insuficiência cardíaca não conhecida. O exame revelou uma vegetação de aproximadamente 27×12mm na válvula aórtica, associada a insuficiência aórtica grave. Com o diagnóstico de endocardite estabelecido, a doente foi transferida para uma unidade de maior vigilância para monitorização intensiva, reavaliação contínua e eventual abordagem cirúrgica cardiotorácica.

Discussão/Conclusão

Este caso evidencia a importância da reavaliação diagnóstica face à evolução clínica. Inicialmente, o foco esteve na bacteremia e trauma, mas o ecocardiograma confirmou a endocardite. A combinação de insuficiência renal aguda, vegetação de grandes dimensões e insuficiência aórtica grave agrava o prognóstico e exige uma abordagem multidisciplinar, envolvendo Cardiologia, Nefrologia, Infeciologia e Cirurgia Cardiotorácica.

Colite induzida por imunoterapia refratária a corticoterapia

Rita Borges Gouveia; Diana Costa Ribeiro; Pedro Von Hafe; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

A imunoterapia é uma arma terapêutica de uso cada vez mais frequente, determinante no tratamento de vários tipos de neoplasias, com sucesso crescente. As suas toxicidades estão bem descritas e são várias, mas exigem um elevado nível de suspeição dada a sua semelhança a quadros infecciosos.

Caso clínico

Homem, 72 anos. Melanoma cutâneo no dorso conhecido em 2022, submetido a exérese, vigilância até à data - PET recente levantou suspeita de metastização pulmonar, confirmada em biópsia; sob tratamento sistémico nesse contexto (imunoterapia com ipilimumab + nivolumab). Sem outros antecedentes. Quadro de dejeções líquidas (15/dia) sem sangue ou febre. Pela suspeita de colite infecciosa com critérios de gravidade, internado com ciprofloxacina. Fez TC abdominopélvico - espessamento difuso de todo o quadro cólico, sugerindo pancolite, sem coleções e sem líquido livre. Fez colonoscopia - entre os 20-40 cm, mucosa com edema, eritema, erosões e raras úlceras dispersas - realizadas biópsias; aspeto macroscópico sugestivo de colite inflamatória vs infecciosa. Estudo microbiológico de biópsias cólicas negativo. Cumpriu ciprofloxacina 5 dias sem qualquer melhoria clínica. Pela suspeita de colite inflamatória por imunoterapia, iniciou metilprednisolona 1mg/kg/dia, mantendo >10 dejeções/dia. Por refratariedade a corticoterapia, e segundo as diretrizes mais recentes, fez 1 toma de infliximab, com melhoria clínica marcada no dia seguinte, mantendo 1 dejeção/dia até à data de alta. Concluído tratar-se de toxicidade gastrointestinal induzida por Ipilimumab/Nivolumab com Colite grau 3, orientado para consulta de Oncologia Médica.

Discussão

A colite imunomediada exige um elevado nível de suspeição pela ausência de características que a distingam da colite infecciosa, embora as armas terapêuticas e a resposta à medicação seja bastante diferente entre as duas, sendo o diagnóstico precoce de especial importância para a resolução do quadro de colite e as suas complicações potenciais.

Toxicidade pulmonar por imunoterapia - um caso de pneumonite imunomediada

Rita Borges Gouveia; Diana Costa Ribeiro; Pedro Von Hafe; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

Os quadros de pneumonite imunomediada têm apresentação semelhante aos quadros infecciosos e exigem um elevado nível de suspeição para o seu diagnóstico precoce e tratamento adequados.

Caso clínico

Homem, 63 anos. Carcinoma epidermóide do esófago - QT e RT neoadjuvantes, esofagogastrectomia, agora sob Nivolumab. Quadro de febre, hipersudorese noturna, astenia e tosse seca. No SU elevação de PCR (116.8mg/L), sem leucocitose, antigenúrias negativas e painel de vírus negativo. Rx tórax - dúvida se consolidação à direita, alta com amoxiAC. Regressou após 1 semana por persistirem as queixas - apirético, sem insuficiência respiratória (IR), sem leucocitose, PCR 192.2mg/L, colheu cultura de secreções e hemoculturas. TC tórax mostrou múltiplas opacidades parenquimatosas com halo em vidro despolido, distribuídas por todo o parênquima mas predomínio inferior, sugestivas de alterações inflamatórias/infecciosas - pela imunossupressão colocadas hipóteses de aspergilose invasiva vs tuberculose pulmonar. Pela probabilidade de sobreinfecção iniciou piperacilina/tazobactam e vancomicina, mantendo picos febris e sem melhoria das trocas - escalou antibioterapia para meropenem e iniciou anfotericina B. Agravamento da IR até ONAF, sem outras disfunções. Pela ausência de resposta a antibioterapia colocou-se como hipótese causa imunomediada (por iPD-L1). Repetiu TC que mostrou progressão das áreas de consolidação e de atenuação em vidro despolido presentes nos diferentes lobos. Admitida pneumonite imunomediada grau 3-4, iniciou metilPDN 3mg/kg/dia com ótima resposta clínica inicialmente a permitir desmame completo de O₂ e imagiológica mais lenta mas completa. Suspensa antibioterapia pela ótima resposta à corticoterapia e ausência de isolamentos microbiológicos. Em consulta de reavaliação manteve-se sem IR e sem queixas mesmo após desmame completo de corticoterapia.

Discussão

A escalada progressiva de antibioterapia pela suspeita de se tratar de um quadro infeccioso, com todas as suas consequências na seleção de resistências, era evitável se estivesse presente o potencial de efeitos adversos da imunoterapia, nomeadamente a pneumonite. Os autores alertam para a necessidade de um elevado nível de suspeição no diagnóstico de quadros associados a toxicidade nos doentes sob imunoterapia.

Diagnóstico de vasculite ANCA-MPO em doente com vertigem - vários sistemas, um só diagnóstico

Rita Borges Gouveia; Diana Costa Ribeiro; Pedro Von Hafe; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A vasculite associada a anticorpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) caracteriza-se pela inflamação necrotizante de pequenos vasos. É uma doença rara que envolve mais frequentemente o rim e pulmão, sendo o envolvimento ORL pouco explorado na literatura. Os autores trazem um caso de vasculite ANCA-MPO com envolvimento pulmonar, renal, hematológico e vestibular, que se apresentou com vertigem e hipoacusia.

Caso clínico

Homem, 72 anos. Antecedentes de fibrose pulmonar considerada idiopática, sob pirfenidona recentemente; doença renal crónica (DRC) G3bA2, etiologia X; hipoacusia grave e síndrome vertiginosa periférica. SU por novo episódio de vertigem, cefaleia, acufenos à esquerda e sensação de hipoacusia, náuseas e vômitos. Sem achados no exame neurológico, TC-CE sem alterações. Visto por ORL - sem evidência de patologia periférica. Internado para estudo de vertigem. AngioRM-CE e ecodoppler dos vasos do pescoço sem alterações sugestivas de causa central. Análises com anemia normo/normo, VS 134mm, lesão renal aguda em DRC. TC-TAP mostrou apenas padrão UIP no pulmão; ecodoppler das artérias temporais sem halo; estudo autoimune - ANCA-MPO3 aumentados (129U/mL). Por manter vertigem, sensação de plenitude e hipoacusia à esquerda, pedida ORL novamente - surdez neurossensorial à esquerda que explica sintomas (inclusive vertigem). Realizou broncofibroscopia com LBA - score de GOLD 140.5 » hemorragia alveolar moderada. Discutido com Pneumologia, revendo imagens atuais e anteriores e resultado de LBA, admitiu atingimento pulmonar pela vasculite. Quanto à lesão renal, sedimento urinário com eritrocitúria, eritrócitos dismórficos na visualização direta. Biópsia renal - esclerose segmentar e crescentes fibrosos, sem necrose fibrinóide; fibrose intersticial e atrofia tubular moderada com ligeiro infiltrado linfocitário - compatível com vasculite ANCA MPO-3. Discutido com equipa multidisciplinar - início de corticoterapia e proposto para Rituximab.

Discussão

A junção de todos os diagnósticos e sintomas prévios do doente e atuais numa só entidade é o sonho de qualquer internista. Os autores apresentam este caso não só pela sua apresentação, rara na literatura, com vertigem e hipoacusia, como pela importância de integrar os dados passados e presentes na procura de um diagnóstico único.

Leishmaniose visceral com linfocitose hemofagocítica

Rita Borges Gouveia; Rui Pedro Ribeiro; Mónica Eusébio; Rodrigo Mota; Patrícia Lourenço; Lurdes Santos; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A leishmaniose visceral, *Kala-Azar* ou febre negra é a forma mais grave de infecção por *Leishmania* e, sem tratamento, é fatal em >90% dos casos. O tempo de incubação é de habitualmente 2 a 6 meses, mas varia entre semanas e anos. A sintomatologia é geralmente insidiosa ou subaguda, com progressão de astenia, febre, perda ponderal e esplenomegalia; uma complicação possível é a linfocitose hemofagocítica (LHH).

Caso clínico

Homem, 52 anos, engenheiro mecânico, saudável. Residente em meio rural, contacto próximo com dois cães ambos com seguimento por medicina veterinária, sem uso de coleira *scalibor*. Água de furo não controlada (canalização e cozinha); bebe água engarrafada. Sem consumo de produtos lácteos não pasteurizados ou carnes de produção caseira, drogas, tabaco ou álcool. Urgência por mialgias e febre com 2 meses de evolução, perda ponderal 5kg em 1 mês. Sem outros sintomas. Internado 2 semanas e extensamente estudado: hepatoesplenomegalia, hemoglobina 7.6g/dL, WBC 3.1×10^9 (eosinopenia (0) e linfopenia), trombocitopenia, citólise hepática, ferritina 19439ng/mL, VS=160mm/1h, PCR 159mg/L, VIH, VHC, VHA, VHE negativo, imunidade vacinal HBV, hemoculturas negativas, rickettsia conori negativa, CMV e EBV negativos, Ac. Leptospira negativo. Transferido para o nosso hospital para estudo medular - suspeita LHH (H-score 48-76%, sem todas as variáveis). Febre cerca de 40° com difícil cedência a antipiréticos. Colhido sangue para de DNA *Leishmania* – positivo. Iniciada anfotericina B lipossómica 3mg/kg com apirexia após 48h. Sem fatores de imunodepressão. LHH muito provável - H-score 234 / probabilidade 98-99%) e imunofenotipagem compatível com LHH. Evolução clínica e analítica rapidamente favoráveis sob anfotericina B: resolução citólise hepática e recuperação rápida de contagens plaquetárias e leucócitos.

Discussão

A leishmaniose canina é uma doença endémica em Portugal e a sua prevalência quase duplicou nos últimos 10 anos. A LHH como complicação de leishmaniose fica tratada com o tratamento dirigido à infeção

Reação alérgica ou síndrome paraneoplásica

Carolina Olim¹; Inês Faustino²; Cláudia C. Sousa¹; Sofia G. Brazão¹; Rodolfo Viríssimo Gomes¹; Teresa Faria¹

¹ SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, SESARAM EPERAM

² SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA, SESARAM EPERAM

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

Exantema morbiliforme (EM) pode surgir como reação adversa a fármacos, contudo pode também ser a primeira manifestação de uma neoplasia. Os autores descrevem um caso que põe em evidência esta hipótese diagnóstica.

Caso Clínico

Homem, 42 anos com antecedentes de anemia em estudo, hipertensão arterial e hemorroidas. Recorreu ao serviço de urgência por erupção cutânea pruriginosa, odinofagia e úlceras orais sem melhoria após anti-histamínico e corticoide orais. Ao exame objetivo apresentava EM generalizado, lesão ulcerada dolorosa com 1cm na face dorsal do pénis e adenopatia inguinal esquerda. Analiticamente a destacar anemia microcítica hipocrómica.

Internado por EM para estudo. Apresentou agravamento inicial, com envolvimento de mais de 50% da superfície corporal, candidíase oral, sensação de queimadura e prurido intenso pelo que foi avaliado por dermatologia e assumido toxidermia/reação medicamentosa adversa pelo que foi suspensa toda a medicação iniciada previamente ao quadro (Daflon® e Fludex®) e iniciado corticoterapia e antifúngico sistémico com regressão das lesões.

Da anamnese a salientar quadro de perda ponderal e suores noturnos com cerca de 6 meses de evolução e tomografia computadorizada prévia com adenopatias lomboaórticas com características sugestivas de doença linfoproliferativa e hepatoesplenomegália. Foi realizada biopsia ganglionar que revelou Linfoma de Hodgkin clássico.

Discussão

Linfoma de Hodgkin (LH) é uma neoplasia linfóide maligna com evolução geralmente indolente cuja sintomatologia mais comum são sintomas B, adenopatias e nalguns casos prurido generalizado.

Alterações cutâneas podem ter diversas causas, incluindo neoplasia cutânea e síndrome paraneoplásica, pelo que uma avaliação etiológica destas deve ser sempre realizada.

Assim, no caso apresentado, apesar de melhoria após suspensão de possíveis fármacos tóxicos e terapêutica instituída, não se pode excluir que o EM fosse a manifestação inaugural do LH.

Analbuminémia

Carolina Olim; Cláudia C. Sousa; Eduarda Moniz; Rodolfo V. Gomes; Carlos Lélis

SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, SESARAM EPERAM

Tema: Doenças raras

Introdução

A albumina (alb) sérica humana é a proteína plasmática mais abundante em circulação. Esta é codificada por um único gene e produzida a nível dos hepatócitos. A alb apresenta diversas funções no organismo sendo sua principal função a manutenção da pressão oncótica. Défices de alb podem ter diversas etiologias tais como, défices alimentares, enteropatia perdedora de proteínas e neoplasias.

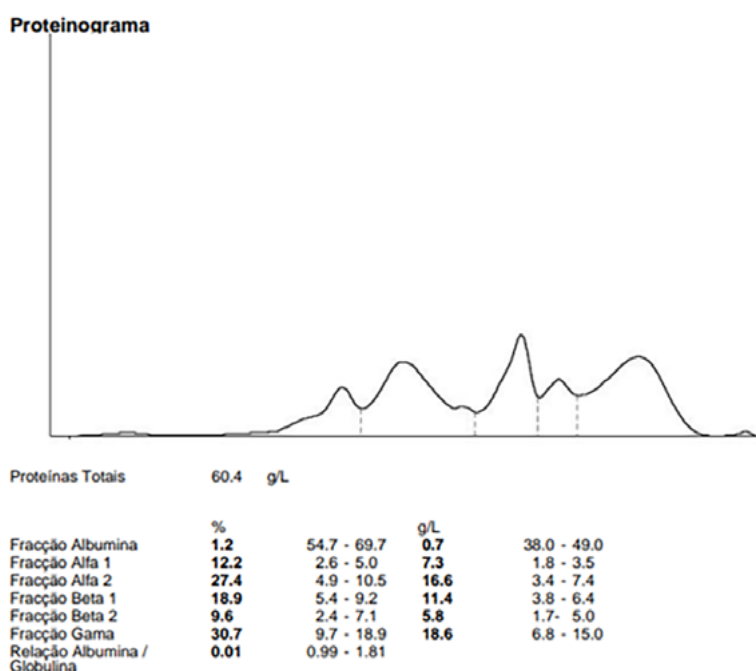
Caso Clínico

Mulher, 49 anos com história de dislipidemia, hipertensão arterial e insuficiência venosa periférica referenciada ao serviço de urgência por derrame pleural esquerdo e hipoalbuminémia grave. Clinicamente a destacar cansaço ligeiro para médios esforços. Ao exame objetivo apresentava-se eupneica, saturação periférica de oxigénio de 96%, hemodinamicamente estável, com diminuição do murmúrio vesicular na base esquerda, edema duro nos dois terços inferiores das pernas, cordões venosos palpáveis, dermatite de estase e excesso ponderal com morfotipo ginecoide. Radiografia torácica com derrame pleural heterogéneo na base do hemitórax esquerdo e analiticamente hipoalbuminémia de 13.4g/L, aumento da porção N-terminal do peptídeo natriurético tipo B e da desidrogenase lática. Doente foi admitida para estudo etiológico de hipoalbuminémia.

Durante o internamento realizado estudo analítico, avaliação do líquido pleural e imagiológico que excluí as principais causas de hipoalbuminémia. Dada ausência de resposta, foi pedido estudo genético do gene codificador da alb (ALB; 4q13.3) que revelou variante patogénica c.138-2A>G (variante Madeira) em homozigotia no gene ALB e o diagnóstico de analbuminémia.

Discussão

A analbuminémia é uma doença caracterizada pela ausência ou diminuição acentuada de alb. Esta é uma doença rara autossómica recessiva causada por uma mutação no gene ALB; 4q13.3. Na idade adulta os doentes são na sua maioria assintomáticos ou apresentam sintomatologia muito fruste (fadiga, lipodistrofia e edema facial). O diagnóstico de analbuminémia é sempre de exclusão e requer estudo genético confirmatório.



Toxicidade atípica do sistema nervoso central, um t(r)emor com resolução

Helena Temido; Ana Midões Almeida; Vitor Freitas

HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS - PÓLO LISBOA

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

As iatrogenias medicamentosas podem ser de difícil diagnóstico, sobretudo em apresentações raras. Muitas exigem suspensão do fármaco eventualmente agressor para confirmação diagnóstica. Apesar de geralmente reversíveis, causam apreensão sobre a evolução clínica até à sua resolução. A toxicidade à isoniazida apresenta-se geralmente como lesão hepática (10-20%), podendo também surgir como neurotoxicidade (2-6.5%), com convulsões ou neuropatia periférica. Outros sintomas são episódicos.

Caso Clínico

Mulher, 38 anos, inicia quadro de tremor fino das mãos e desequilíbrio na marcha, com agravamento progressivo. Passados 10 dias, na observação inicial, apresentava hiperestesia do membro superior e hipostesia do membro inferior esquerdos, hipomímia facial, sacadas lentas bilaterais, tremor fino, simétrico dos membros superiores, em repouso, postural e de intenção, rigidez em roda dentada bilateral, bradicinesia, marcha de pequenos passos, com decomposição de voltas e alargamento da base. Com antecedentes de Doença de Crohn, sob sulfassalazina e budesonida, tinha iniciado há 2 meses isoniazida e piridoxina por tuberculose latente (rastreo pré terapêutica biológica). Negava outras alterações de medicação, consumo de substâncias tóxicas, noção de exposições ambientais, viagens ou contacto com animais. No estudo etiológico destaca-se ressonância craneoencefálica (RM-ce) com desmielinização dorsolateral dos tálamos, poupando o pulvinar, com hipersinal T2 e hipossinal T1, compatível com padrão tóxico/metabólico. Analiticamente sem hepatite, eosinofilia, com vitamina B1, B6, B12, ácido fólico, função tiroideia, cobre, ceruloplasmina normais. O líquido cefalorraquídeo era límpido, sem alteração glicoproteica, com serologias e culturas negativas. Iniciou levodopa-carbidopa e gabapentina com melhoria clínica. Optou-se pela suspensão de isoniazida. Repetiu RM-ce em 1 mês, com melhoria das alterações.

Conclusão

A iatrogenia medicamentosa deve ser considerada em parkinsonismo em jovem, com introdução recente de medicação, mesmo que este não seja o efeito habitual. A procura de elementos nos exames de imagem pode ser importante na decisão de suspensão do fármaco, que é essencial para a reversão completa das alterações. A vigilância de doentes sob isoniazida deve incluir esta hipótese

Trombose venosa jugular, uma apresentação rara de adenocarcinoma duodenal

Carolina Olim; Cláudia C. Sousa; Eduarda Moniz; Rodolfo Viríssimo Gomes; Teresa Faria

SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, SESARAM EPERAM

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

Trombose venosa jugular (TVJ) é uma entidade rara, subdiagnosticada e potencialmente ameaçadora de vida. As manifestações podem ser muito variadas e dependem da localização, pelo que a suspeita clínica é fundamental para o seu diagnóstico.

Caso Clínico

Homem, 50 anos com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia recorreu ao serviço de urgência por quadro de edema cervical, odinofagia, tosse não produtiva e prostração. Ao exame objetivo a destacar edema da hemiface e região cervical esquerda, adenopatias cervicais nas cadeiras anterior e posterior, cáries dentárias e sopro diastólico no foco aórtico. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios. Tomografia computadorizada (TC) do pescoço e tórax com trombose venosa da veia jugular interna esquerda e infiltrado pulmonar no segmento basal do lobo inferior esquerdo de características infecciosas. Doente foi admitido por suspeita de Síndrome de Lemierre colheu hemoculturas (negativas), iniciou piperacilina/tazobactam e enoxaparina em dose terapêutica.

Durante o internamento realizou ecografia transtorácica, com insuficiência aórtica ligeira, e estudo serológico negativo. Perante quadro de dor em cinturão associado a aumento das transaminases, amílase, lipase e bilirrubinas realizou TC abdominopélvica que demonstrou pancreatite alitiásica e lesão nodular hepática. Discutido caso com gastroenterologia e cirurgia geral e realizadas ressonância magnética, colangiopancreatografia retrógrada endoscópica, endoscopia digestiva alta e biópsia que demonstraram adenocarcinoma duodenal localmente avançado com metastização hepática e carcinomatose peritoneal. Foi submetido a gastrojejunostomia e referenciado aos cuidados paliativos.

Discussão

TVJ é uma situação rara cuja etiologia deve ser investigada. As causas mais frequentes são complicações de infeções da orofaringe (Síndrome Lemierre), neoplasia da cabeça e pescoço e pós cateterismo venoso central. Contudo outras etiologias também podem surgir, tais como neoplasia oculta. Assim, este caso mostra uma TVJ como primeira manifestação de adenocarcinoma duodenal.

Linfoma composto com linfomatose peritoneal - quando duas raridades se encontram

**Sara Pereira Henriques; Raquel Dias Moura; Diogo Baptista Macedo; Margarida Choupina;
Ana Gonçalves Ribeiro; Teresa Melo; Pedro Caiano Gil**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

O linfoma composto é uma entidade pouco comum na qual dois ou mais tipos de linfoma se desenvolvem simultaneamente no mesmo órgão ou tecido. Por sua vez, a linfomatose peritoneal caracteriza-se pela disseminação intraperitoneal de um linfoma. É um fenómeno raro, estando geralmente associado a linfomas de alto grau.

Caso Clínico

Mulher de 72 anos, com antecedentes de linfoma folicular indolente do couro cabeludo em vigilância há 3 anos e com suspeita recente de progressão, recorreu ao serviço de urgência por aumento do perímetro abdominal e edema dos membros inferiores na última semana associado a quadro de hipersudorese noturna e astenia com 1 mês de evolução. Teria realizado TC-CTAP e PET 18F-FDG em ambulatório com evidência de múltiplas adenopatias supra e infra-diafragmáticas, sinais de hepatopatia crónica, densificação da gordura mesentérica e ascite.

À admissão, apresentava-se febril, com abdómen globoso com maciez nos flancos e edema periférico até ao joelho. Analiticamente, hemoglobina 9.0g/dL, sódio 129mmol/L, albumina 2.4g/dL, LDH 326 U/L e PCR 21.74mg/dL. Análise do líquido peritoneal com leucócitos 1998/uL à custa de 72.6% mononucleares, LDH 131U/L e albumina 1.5g/dL (GASA <1.1g/dL). Estudos microbiológicos negativos. Foi submetida a biópsia excisional de gânglio axilar que evidenciou proliferação de centrócitos e centroblastos CD20+, CD10+, Bcl-6+, Bcl-2+, CD5-, CD23- e ciclina D1- e células de Hodgkin e Reed-Stenberg CD30+, CD15+, Pax-5+, CD20+, CD3- e CD45-, a favor de um linfoma composto de linfoma Hodgkin clássico e linfoma folicular. A citometria do líquido ascítico e a biópsia medular demonstraram infiltração por linfoma folicular. Cumpriu 4 ciclos de R-CHOP com resposta favorável, aguardando início de ABVD.

Discussão

O linfoma composto e a linfomatose peritoneal representam ambas um diagnóstico desafiante pela sua raridade. À primeira vista, este caso poderia ter sido interpretado como uma descompensação edematoascítica de doença hepática crónica ou carcinomatose peritoneal de neoplasia oculta, realçando a necessidade de um elevado grau de suspeição clínica.

O Peso dos anos e o desafio diagnóstico: estudo etiológico de uma deterioração de estado geral aguda

Beatriz Gamito Gonzaga; José Miguel Santos; Inês Gaspar; Catarina Pação; Jorge Gama Prazeres

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A abordagem multidisciplinar é essencial no doente complexo, o caso que apresentamos é paradigmático da necessidade de olhar para o doente como um todo para além das suas comorbilidades mas também o reflexo da importância de uma intervenção precoce e apropriada.

Caso Clínico

Sexo feminino, 75 anos. Autónoma até cerca de 1 mês antes. Antecedentes relevantes de mieloma múltiplo de cadeias leves livres com necessidade de indução dialítica, em segunda linha terapêutica sob Daratumumab, com resposta parcial, por provável PRES secundário a bortezomib e hipertensão arterial. Encaminhada para internamento, a partir da consulta de Hematologia, para estudo de deterioração acentuada do estado geral a condicionar dependência total nas atividades de vida diárias com 1 mês de evolução. Ao exame objetivo, à admissão, em mutismo, com períodos de agitação psicomotora, hipertensa (TAS ~190-170mmHg), sem aparentes défices focais. Dos exames complementares de diagnóstico a destacar ligeira hipercalcémia (Ca^{2+} 1.51mmol/L), TC de crânio sem alterações. Por elevada presunção clínica de estado de mal epilético não convulsivo, posteriormente confirmado por EEG, iniciou terapêutica anticomicial com recuperação de discurso escasso. Do restante estudo etiológico a destacar: RM de crânio com “lesão pericentimétrica subcortical frontal direita”; LCR sem evidência de células neoplásicas e anticorpos SOX-1 e antitissina positivos, enquadráveis em resposta auto-imune associada ao mieloma múltiplo, consubstanciando o diagnóstico de encefalite auto-imune. Iniciou corticoterapia sistémica em alta dose, com recuperação completa para o estado prévio à doença.

Discussão

O estudo dos quadros neurológicos é um verdadeiro desafio para o internista, testando a capacidade de raciocínio clínico num jogo contra o tempo. Neste caso temos uma apresentação rara de um quadro interpretado em contexto de manifestação atípica de mieloma múltiplo.

Síndrome HaNDL - um diagnóstico diferencial de encefalite por VHH-6

Duarte Lima¹; Maria Rosa Ferreira¹; A. Beatriz Ferreira¹; Marta Graça¹; Catarina Rodrigues da Silva²; Teresa Costa Pereira³; Axel Ferreira¹; Anabela Ferreira¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE VISEU DÃO-LAFÕES

³ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE AMADORA/SINTRA

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

A cefaleia com défices neurológicos e linfocitose no LCR - síndrome HaNDL - é uma condição rara, autolimitada, caracterizada por uma cefaleia tipo-ensaqueca que se associa a afasia e défices sensitivo-motores. À semelhança deste síndrome, a encefalite por VHH-6 expressa-se com défices neurológicos focais, sendo mais comum em doentes imunodeprimidos. Ainda que a etiologia da síndrome HaNDL não seja clara, crê-se que possa assentar em processos inflamatórios despoletados por determinados vírus, sendo o VHH-6 um dos agentes implicados.

Caso clínico

Homem, 23 anos, sem antecedentes de relevo. Recorre à urgência por cefaleias, vômitos e mal estar com 2 dias de evolução, associados a alteração da linguagem e confusão. À avaliação, doente apirético, confuso, desorientado e afásico. Evolução com agitação psicomotora, apesar de estudo analítico e TC cerebral sem alterações. Pesquisa de drogas de abuso negativa. Realizada punção lombar que documentou proteinorraquia ligeira e presença de 160 leucócitos, com predomínio de linfócitos (94%). Assumida possível encefalite vírica com eventual componente de crises tendo iniciado aciclovir e levetiracetam.

Do estudo realizado a destacar PCR positiva para VHH-6 no LCR, em doente imunocompetente. Realizou RM cerebral, sem achados de relevo, e EEG que revelou lentificação difusa da atividade cerebral, com maior disfunção temporal, embora sem atividade epilética. Perante estes dados, assumida encefalite por VHH-6, pela qual se fez *switch* para ganciclovir. Melhoria da afasia ainda antes da mudança terapêutica, com resolução do quadro após 48h, tendo mantido apirexia sustentada.

Teve alta orientado para Consulta de Neurologia, onde foi revisto o quadro, enxertando-se o mesmo em possível síndrome HaNDL, dada a epidemiologia subjacente, ausência de achados na RM, apirexia contínua e melhoria inicial do quadro sem terapêutica dirigida ao VHH-6.

Discussão

Embora a encefalite por VHH-6 configure um quadro grave, o caso apresentado mostra a importância de não considerar apenas este diagnóstico tendo por base a positividade do LCR para VHH-6, já que esta pode não traduzir infeção.

Reforça-se, assim, o potencial papel do VHH-6, não como agente causador de infeção, mas como desencadeador de mecanismos conducentes ao desenvolvimento da síndrome HaNDL.

Artrite Psoriática com atingimento pulmonar em doente sob tratamento com adalimumab: caso clínico

Margarida Resendes; Margarida Midões; Carolina Morgado; Ana Sofia Pimenta; João Oliveira; Flávio G. Pereira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

As reações tipo sarcoidose induzidas por fármacos (RTS) são reações granulomatosas sistémicas, clínica e histologicamente indistinguíveis da sarcoidose, associadas à administração de medicamentos. Em particular, os antagonistas do fator de necrose tumoral (anti-TNF), como o adalimumab, têm sido implicados no desenvolvimento de RTS.

Caso Clínico

Mulher de 33 anos com artrite psoriática, sob tratamento com metotrexato e adalimumab desde janeiro de 2023. Em maio de 2024, recorreu ao SU com tosse seca com três semanas, temperatura subfebril (37,7°C), astenia e dor torácica pleurítica. Ao exame objetivo não apresentava alterações. Analiticamente teve leucocitose e PCR de 11,7 mg/dL. A radiografia torácica evidenciou uma hipotransparência nodular justahiliar direita. A doente cumpriu antibioterapia com ceftriaxone e azitromicina com resolução clínica e melhoria dos parâmetros inflamatórios. A TC torácica realizada em ambulatório revelou conglomerados linfáticos hilares, com predomínio do lado direito, áreas de espessamento septal e micronódulos dispersos. IGRA, ANCA's e a ECA eram normais. A realização de uma ecografia endobrônquica (EBUS) com biópsia confirmou a presença de granulomas epitelioides não caseificantes, permitindo estabelecer o diagnóstico de RTS induzida pelo adalimumab. Após 2 meses da descontinuação do adalimumab, apresentou redução franca das dimensões do conglomerado adenopático.

Discussão

Este caso evidencia a importância da suspeição clínica destas reações adversas na avaliação de doentes sob terapêutica com anti-TNF, obrigando a uma abordagem diferenciada e atenta aos potenciais efeitos adversos destes fármacos. A associação temporal entre o início do adalimumab e o aparecimento dos sintomas, aliada à melhoria dos achados após a cessação da medicação, reforça o diagnóstico de RTS.

Clostridium paraputrificum: Um raro caso de bacteriemia por um agente pouco comum

Filipa Pacharo Nogueira; Inês Leão; Gil Magalhães; João Pedro Moreira; Telmo Coelho; Fernando Salvador

CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, EPE / HOSPITAL DE VILA REAL

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

O *Clostridium paraputrificum* é um anaeróbio comensal intestinal. Associa-se apenas a 1% das infeções por *Clostridium*. As manifestações são variadas e contemplam bacteriemia, artrite séptica, osteomielite e enterocolite necrotizante. A bacteriemia por este agente pode resultar da disrupção da barreira gastrointestinal, sendo a doença inflamatória intestinal (DII) um fator de risco para o seu desenvolvimento.

Mulher, 79 anos, antecedentes de DII. Internada em Serviço de Medicina Intensiva por choque séptico após cirurgia por oclusão intestinal. Iniciada antibioterapia empírica com piperacilina-tazobactam, evolução clínica e analítica, inicialmente, favorável com transferência para enfermaria de Cirurgia. Ao 9º dia de internamento, observação por Medicina Interna por febre, dorsolombalgia e gonalgia bilateral, associada a recrudescência dos parâmetros inflamatórios. Objetivamente, subfebril com desconforto à palpação abdominal. Analiticamente, leucocitose com neutrofilia, trombocitose e elevação da proteína C reativa e procalcitonina. Colheu hemoculturas com isolamento de *Clostridium paraputrificum*. Tomografia computadorizada (TC) dorsolombar e ecografia rotuliana bilateral sem imagens compatíveis com artrite séptica. TC abdominal com espessamento ligeiro da parede do reto e sigmóide. Atendendo à existência de dados limitados sobre perfil de resistência a antimicrobianos, iniciada terapêutica com vancomicina e meropenem, após discussão com Microbiologia, que cumpriu por 14 dias. Evolução clínica e analítica favoráveis, com hemoculturas de controlo negativas, tendo tido alta clínica.

Este raro caso clínico evidencia uma bacteriemia por um agente pouco frequente, pese embora, associado ao desenvolvimento de infeções potencialmente fatais. O tratamento pode ser deveras desafiador devido às características da espécie clostridioides. Mais investigação é necessária para compreender a patogénese, manifestações e fatores de risco para infeções invasivas por *C. paraputrificum*.

Síndrome de Castleman unicêntrico ou multicêntrico

Cristiana Malhó¹; Cláudia Viana²; Albertina Nunes³

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE LEIRIA

² HOSPITAL DIVINO ESPIRITO SANTO

³ INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA LISBOA

Tema: Doenças hematológicas

A síndrome de Castleman é um grupo heterogêneo de doenças linfoproliferativas, benignas, caracterizadas por adenopatias com as mesmas características histopatológicas. Pode ser classificada como unicêntrica (se os gânglios aumentados pertencerem a uma única região) ou multicêntrica (se pertencerem a 2 ou mais regiões diferentes). Os doentes podem ser assintomáticos (mais frequente no unicêntrico) ou terem sintomas tais como, hepatoesplenomegalia, citopenias hematológicas, disfunção renal ou hepática. Podem também manifestar-se por sintomas de compressão devido ao tamanho das linfadenopatias. Muitas vezes o diagnóstico pode ser acidental. Deve ser diagnóstico diferencial dos linfomas e de algumas doenças autoimunes.

Mulher, 51 anos, assintomática. História de anemia (hemoglobina 6g/dL), em análises de rotina, associada a metrorragias abundantes, sendo efetuada histerectomia, com resolução da hemorragia e recuperação da hemoglobina. Meses mais tarde, nota tumefação na região cervical esquerda, de crescimento progressivo, com cerca 5cm, sem qualquer sintomatologia associada.

Analticamente, sem alterações, serologias hepatites e herpes-vírus 8 negativos, velocidade de sedimentação 25mm/h.

Realizada tomografia computacional do pescoço: “volumosa adenopatia cervical esquerda no nível III que mede cerca de 53x30x19mm, de contornos regulares, sem calcificações e sem partes quísticas. Outras pequenas adenopatias nos níveis III e IV à esquerda, a maior medindo 13x9x 6mm. Não identifico adenopatias cervicais direitas.”

Efetuada ganglionectomia nível V esquerdo: gânglio linfático com características sugestivas de uma doença de Castleman hialinovascular. Não se observa tecido neoplásico.

Doente aguarda doseamento de interleucina-6 e tomografia de emissão de positrões para estudo da doença e diferenciação da mesma entre unicêntrica e multicêntrica, apesar de, tendo em conta a falta de sintomatologia inicial e o tipo histológico, apontem mais para um Síndrome de Castleman Unicêntrico.

Esta doença, apesar de menos prevalente, deverá ser um diagnóstico diferencial a considerar em caso de adenopatias.

Mais do que uma pneumonia - a dificuldade diagnóstica

**Sara Frazão de Brito; João Horta Antunes; Teresa Costa e Silva; Hugo Jorge Alves;
Joana Oliveira; Bárbara Picado**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

Tema: Doenças respiratórias

Introdução

A pneumonia organizativa revela-se um diagnóstico raro, difícil de estabelecer.

Caso clínico

Sexo masculino, 84 anos, com fibrilhação auricular hipocoagulado com dabigatrano. Recorre ao Serviço de Urgência por desconforto torácico. Na admissão polipneico, murmúrio vesicular rude e roncos dispersos. Gasimetricamente em ar ambiente com insuficiência respiratória ligeira; leucócitos 9.170/ μ L, PCR 207,0 mg/L, tomografia computadorizada de tórax (TC tórax) com condensação do lobo inferior esquerdo, compatível com pneumonia lobar. Colheu culturas, iniciou amoxicilina-clavulanato e azitromicina, com melhoria, tendo alta medicado. Retorna 11 dias depois com dispneia, cansaço fácil e tosse seca, PCR 158mg/dL (aumento isolado), radiografia de tórax com hipotransparência no hemitórax esquerdo. 6 dias depois, agravamento com insuficiência respiratória, TC tórax com condensação nos lobos superior e inferior esquerdos. Assumida pneumonia refratária à antibioterapia prévia, colheu culturas, iniciou piperacilina-tazobactam com melhoria, sendo internado em Hospitalização Domiciliária, reintroduzindo o dabigatrano. Ao 8º dia de antibiótico agrava, sendo internado no hospital. Em janela antibiótica, realizou broncofibroscopia (BFO) com resultado microbiológico das secreções e lavado bronco-alveolar (LBA) negativos, com melhoria clínica. Manteve seguimento em consulta, com reagravamento e reinternamento. Nova TC tórax mostrou consolidações no lobo inferior direito e lobo inferior esquerdo; nova BFO mostrou LBA com linfocitose 29%, neutrófilos 3% (não sugestivo de infeção). Admitida provável pneumonia organizativa a dabigatrano, com correspondente melhoria clínica em ambiente hospitalar sob enoxaparina. Iniciou edoxabano, sem novos episódios.

Discussão

Retrospectivamente, a evolução oscilante correspondendo o agravamento aos períodos de dabigatrano torna evidente o desafio diagnóstico de pneumonia organizativa. Este caso destaca a importância da anamnese no diagnóstico.

Toxicidade cardiovascular do Acalabrutinib - Relato de um caso clínico

João André Caldeira; Marta Moitinho; Ana Afonso; Vítor Freitas

HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS - POLO DE LISBOA

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

A imunoterapia revolucionou o tratamento das neoplasias da linhagem das células B. Os primeiros inibidores da tirosina quinase de Burton foram associados a aumento da sobrevida dos doentes mas com risco significativo de eventos cardiovasculares. As gerações mais recentes desta classe, à qual pertence o acalabrutinib (ACA), estarão associadas a menor cardiotoxicidade.

Caso Clínico

Homem, 76 anos, antecedentes relevantes de diabetes mellitus tipo 2 e de leucemia linfocítica crónica. Por progressão da doença hematológica (linfocitose, hepatoesplenomegalia e múltiplas adenopatias) iniciou terapêutica com ACA. Um mês depois recorre ao serviço de urgência por quadro de cansaço para pequenos esforços, dispneia paroxística noturna, ortopneia, aumento do perímetro abdominal, edema dos membros inferiores. Na admissão: normotenso, períodos de taquicardia em repouso, sinais de sobrecarga de volume, proBNP 4725 pg/mL. Admitido por insuficiência cardíaca (IC) aguda, refratária à furosemida e com necessidade de associação de vários diuréticos. Foi feita a seguinte investigação etiológica: marcadores de necrose miocárdica negativa; ecocardiograma com boa função ventricular esquerda, cavidades direitas dilatadas, PSAP 59 mmHg; angio-TC tórax com exclusão de tromboembolismo; estudo holter com períodos de flutter auricular. Admitiu-se cardiotoxicidade do ACA que foi temporariamente suspenso. Após otimização da terapêutica para insuficiência cardíaca e taquidisritmia, apresentou melhoria clínica progressiva. Retomou o fármaco alguns meses depois, em dose inferior, com boa tolerância.

Discussão

Não é habitual a ocorrência de eventos cardiovasculares com dupla manifestação (IC e arritmia) e num intervalo de tempo tão curto. Estão descritos casos de complicações 8 dias após início do fármaco, ainda que a maioria ocorra entre os 17 e os 29 meses de terapêutica. Apesar do ACA estar associado a menor risco de toxicidade, não deixa de ser um fármaco recente e são provavelmente necessários mais estudos para compreender as suas vantagens relativamente aos fármacos da sua classe.

Ceder à pressão - um caso raro de neuropatia

**Miguel Saianda Duarte; João Dinis Martins; Rita Palma Féria; Juliana Sá Castelo;
Ana Cláudia Ribeiro; Andreia Sofia Carlos**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

A neuropatia hereditária com susceptibilidade a paralisia por pressão (HNPP) é uma neuropatia desmielinizante, episódica e recorrente, associada a deleções e polimorfismos do gene PMP22. É uma doença rara, com uma prevalência estimada de 7-16 por 100.000 indivíduos. Apresenta-se tipicamente como neuropatias periféricas isoladas, em áreas afetadas por compressão ou trauma. O diagnóstico pode ser clínico, eletrofisiológico e genético; o tratamento é conservador, consistindo em estratégias para evitar trauma e compressão nos locais vulneráveis.

Caso clínico

Sexo masculino, 23 anos, autónomo, com antecedentes de Síndrome do Túnel Cárpico e do Túnel Cubital, bilaterais e de intensidades flutuantes. Sem medicação habitual.

Recorreu à Urgência (SU) por parésia e parestesias na mão direita, com 24h de evolução. No dia anterior, realizou uma tatuagem no braço direito, com compressão da região interna do braço, durante um tempo prolongado.

À observação, destacava-se, à direita, parésia grau 3/5 na extensão do cotovelo e preensão palmar e plegia (G0/5) na extensão do punho e dedos; e hipostesia algica na região posterior do antebraço e da região dorsal da mão correspondente à inervação pelo nervo radial.

Colocada a hipótese de neuropatia periférica do nervo radial direito, foi discutido com a Neurologia, que levantou a suspeita de HNPP e indicou realização de TC Cervical, para exclusão de outras etiologias, que se revelou normal.

Teve alta, encaminhado para fisioterapia e consulta de Neurologia, realizando posteriormente eletromiografia: achados eletroneuromiográficos com alterações nos estudos de condução nervosa sensitiva e motora compatíveis com polineuropatia dos nervos mediano, cubital e peroneais, com distribuição das alterações a locais de pressão.

O teste genético revelou a deleção em heterozigotia do gene PMP22, confirmando o diagnóstico de HNPP.

Discussão

Este caso destaca a importância do reconhecimento desta patologia rara, por forma a minimizar o impacto na qualidade de vida dos doentes.

Compressão medular: uma apresentação rara de esclerose tuberosa

Ana Jacinta Fernandes; Diogo Ferreira da Silva; Ivo Felgueiras Santos; Marta Noronha de Carvalho; Raffaele Junior Aliberti; Íris Galvão; Raquel França Moreira; Rodrigo Reis; Maria José Goes; Catarina Salvado

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças raras

Introdução

A esclerose tuberosa (ET) é uma doença genética rara caracterizada pelo crescimento de tumores benignos. Causada por mutações nos genes TSC1 ou TSC2, a condição afeta a via de sinalização mTOR, resultando num crescimento e diferenciação celular anormais. A ET apresenta uma ampla gama de manifestações clínicas, desde epilepsia e atrasos no desenvolvimento até complicações renais e disfunções pulmonares, representando desafios significativos no diagnóstico e tratamento.

Caso Clínico

Mulher, 78 anos, recorre por quadro com 1 mês de evolução com alteração da sensibilidade abaixo do nível D6 com crescente dificuldade no equilíbrio e marcha. Realizou TC e posteriormente RMN coluna que revelou “lesão ocupante de espaço a envolver os arcos posteriores de D5 e D6 à esquerda, com importante extensão intra-canal epidural postero-lateral esquerda, a determinar compressão medular”. Assumiu-se neoplasia oculta metastizada e iniciou dexametasona, tendo sido realizado estudo etiológico, incluindo TC-TAP que mostrou um tumor do polo superior do rim esquerdo com invasão da gordura adjacente – cuja biópsia percutânea revelou um angiomiolipoma (AML) clássico –, assim como outros prováveis AML exofíticos do rim, hemangiomas hepáticos e múltiplos quistos simples hepáticos e renais. Feito diagnóstico de ET por critérios clínicos: 1 critério major – AML (≥ 2); e 2 critérios minor – quistos renais múltiplos e hamartomas não renais. Aguarda estudo genético para mutações TSC1/TSC2. Por agravamento neurológico, foi submetida a laminectomia de D3-D6 e exérese de lesão cuja anatomia patológica revelou um hemangioma ósseo. Atualmente a realizar reabilitação com fisioterapia com recuperação quase total dos déficits.

Discussão

Trata-se de caso clínico raro de ET que se manifestou sob a forma de compressão medular, evidenciando as diversas e atípicas manifestações desta doença. Neste caso, o envolvimento da coluna vertebral, destaca o potencial de crescimento tumoral em locais menos frequentemente afetados, levando a défices neurológicos significativos. A identificação e intervenção precoces são cruciais para prevenir danos permanentes, sublinhando a importância de manter um elevado índice de suspeição para ET em pacientes com compressão medular inexplicada e a necessidade de uma abordagem multidisciplinar.

A Hipófise Esquecida – Diagnóstico Tardio de Síndrome de Sheehan

Daniel Francisco Santos Rodrigues; Carla Lemos Costa; Beatriz Rosa; Laura Caine; Carolina Oliveira; Joana Catarina Torres

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BARCELOS/ESPOSENDE

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A síndrome de Sheehan é uma condição rara, que resulta de necrose isquémica da hipófise, em mulheres, após hemorragia pós-parto grave. A apresentação é, geralmente, insidiosa, com sintomas inespecíficos ou de instalação lenta, o que dificulta o seu diagnóstico.

Caso Clínico

Mulher de 63 anos, com antecedentes de dislipidemia e patologia osteoarticular da coluna. Medicada com omeprazol, atorvastatina e fenofibrato. Trazida ao serviço de urgência (SU) por alteração do estado de consciência desde há 3 dias. Segundo a sua filha, apresentava anorexia, astenia e letargia desde há 3 dias. Na admissão, encontrava-se obnubilada, mucosas descoradas, hipotensão ligeira (117/55 mmHg), bradicardia ligeira (58 bpm) e hipoglicemia grave (30 mg/dL). A gasimetria arterial evidenciou hiponatremia (130 mmol/L). Analiticamente, com anemia normocítica e normocrômica, T4L diminuída com TSH normal e elevação de proteína C reativa (8.11 mg/dL). A avaliação imagiológica por TC cranioencefálico (CE) e angio-TC CE e dos vasos extracranianos não apresentou alterações de relevo. Durante a permanência no SU apresentou um episódio de febre. Realizou punção lombar cujo análise do líquido revelou hiperproteínorraquia ligeira (58.5 mg/dL) e pleocitose ligeira com predomínio de mononucleados (13 células, 93.9% mononucleados). Da colheita de história clínica, destacou-se a história de coma pós-parto há cerca de 30 anos, amenorreia persistente e ausência de lactação desde essa data. Os exames laboratoriais posteriores evidenciaram insuficiência hipofisária com insuficiência suprarrenal secundária (cortisol sérico 1 µg/dL, ACTH <1.50 pg/mL) e hipotireoidismo central (TSH 1.65 µU/mL, T4L 0.56 ng/dL). A hipótese de encefalite viral e autoimune foi excluída. Iniciou hidrocortisona e levotiroxina com resposta clínica favorável. A RM cerebral demonstrou glândula hipofisária atrófica, confirmando o diagnóstico de Síndrome de Sheehan.

Discussão

A síndrome de Sheehan pode permanecer subdiagnosticada durante anos, manifestando-se por sintomas inespecíficos, como astenia e letargia. O diagnóstico requer elevada suspeição clínica e confirmação laboratorial. Este caso ilustra a necessidade de considerar esta entidade em mulheres com insuficiência hipofisária e antecedentes obstétricos sugestivos.

Doença Hepática Crônica como Apresentação Inicial de Doença de Wilson

Rita Belo; João Rodrigues de Proença; Sara Sintra; Manuel Carvalho; Maria Eugénia André

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE CASTELO BRANCO

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

A Doença de Wilson tem apresentação clínica extremamente variada, desde assintomática a doença hepática crônica descompensada.

Doente do sexo masculino, 33 anos, raça negra. Sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo, sem medicação habitual. Recorreu ao serviço de urgência por cansaço, icterícia e edema dos membros inferiores, em agravamento progressivo nos últimos 2 meses. Sem outras queixas, nomeadamente neurológicas. Sem hábitos etílicos.

Ao exame físico observou-se icterícia mucocutânea, abdómen distendido, com desconforto à palpação no hipocôndrio direito, sinal da onda ascítica, edemas dos membros inferiores. Presença de anéis de Kayser-Fleischer na lâmpada de fenda.

Analiticamente a salientar anemia macrocítica, trombocitopenia $107,0 \times 10^3/\mu\text{L}$, INR 2,41, ácido fólico 3,44 ng/mL, AST 129 U/L, ALT 66 U/L, FA 152 U/L, GGT 296 U/L, hiperbilirrubinemia direta, LDL 255 UI/L, albuminemia 2,0 g/dL, ceruloplasmina 0,1 g/L, cobre urinário 2870 $\mu\text{g}/24\text{h}$, alfafetoproteína 39,3 ng/mL, serologias víricas negativas, autoimunidade negativa. Líquido ascítico com 838 células/ μL , 38% de polimorfonucleares, gradiente albumina soro-ascite $>1,2$, cultura negativa. A TC toraco-abdomino-pélvica revelou hepatopatia crônica com imagem micronodular hipodensa e ascite. Realizou RM hepática, sem nódulos suspeitos de carcinoma hepatocelular. A biópsia hepática transjugular revelou hepatite de tipo 'crónico' com atividade de interface e lobular severas com fibrose septal, ocasionais depósitos de cobre, hipertensão portal gradiente 17 mmHg.

Foi assumida doença hepática avançada descompensada como apresentação primária de doença de Wilson (Leipzig score 6) e peritonite bacteriana espontânea. Foi instituído tratamento com furosemida, espironolactona e ceftriaxone, com boa evolução clínica e analítica.

O diagnóstico atempado e tratamento com quelante de cobre pode retardar a progressão da doença para cirrose hepática, melhorar o prognóstico da doença e atrasar a necessidade de transplante hepático.

Púrpura trombocitopénica imune secundária a Etanercept: a propósito de um caso clínico

Gisela Moreira Pinheiro; Rui Moço; Catarina Pinheiro

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, EPE / HOSPITAL PEDRO HISPANO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A púrpura trombocitopénica imune (PTI) é uma condição caracterizada pela destruição imunomediada das plaquetas. Pode ser primária ou secundária (associada a doenças autoimunes, infecciosas ou fármacos).

O etanercept, (fármaco anti TNF- α), é muito utilizado no tratamento de doenças autoimunes com raros efeitos adversos hematológicos descritos.

Caso clínico

Mulher de 73 anos seguida em consulta de Medicina Interna por artrite psoriática, medicada com metotrexato (MTX) desde 2019 e etanercept desde agosto de 2021.

Analiticamente, sempre com contagens normais de plaquetas. Porém, após o início do etanercept com descida paulatina das plaquetas para valores estáveis de $80 \times 10^9/L$, sem outras alterações no hemograma.

Em abril de 2024, com plaquetas $11 \times 10^9/L$, sem outras alterações analíticas nem clínica de discrasia hemorrágica associadas.

Excluíram-se défices vitamínicos e infecção por *Helicobacter pylori*, vírus da imunodeficiência humana, Epstein Barr, hepatites B e C ou citomegalovírus. Sem organomegalias ou evidência de neoplasia. Assumida PTI como diagnóstico de exclusão.

Dada a relação temporal entre a trombocitopenia e o início do etanercept, foi levantada a hipótese de PTI secundária. Foram suspensos o MTX e etanercept e iniciada prednisolona na dose de 1mg/kg/dia. Após 4 dias, a contagem de plaquetas subiu para $90 \times 10^9/L$. Iniciou esquema de desmame lento da corticoterapia, tendo apenas sido possível a suspensão após 6 meses, com valores de plaquetas estabilizados na ordem dos $130 \times 10^9/L$.

Conclusão

Embora raros, casos de trombocitopenia associada ao uso de inibidores do TNF- α , como o etanercept, já foram descritos na literatura. No entanto, o mecanismo fisiopatológico exato ainda não está completamente esclarecido. A forte associação temporal com o início do fármaco, juntamente com a resposta clínica à sua suspensão e à corticoterapia, reforçam a nossa hipótese diagnóstica.

Leucemia de plasmócitos: uma entidade rara

Rita Figueira; Alexandre Castro Lopes; Ana Oliveira; Gisela Brito Gonçalves; Valter Duarte; Bruna Nascimento

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A Leucemia de Plasmócitos (LP) é uma doença hematológica rara e agressiva, que se caracteriza pela proliferação descontrolada de plasmócitos na medula óssea e no sangue periférico. Pode apresentar-se como primária (60 a 70% dos casos) ou secundária, por transformação leucémica de um Mieloma Múltiplo já diagnosticado. O diagnóstico estabelece-se quando existem 5% de plasmócitos circulantes no esfregaço de sangue periférico. Apresenta uma sobrevivência global mediana inferior a 1 ano.

Caso clínico

Mulher, 72 anos, recentemente submetida a cirurgia por fratura não traumática de T12 e L1, encontrando-se em programa de reabilitação em unidade de cuidados continuados (UCC). Internada na enfermaria de Medicina Interna para estudo de pancitopenia. Apresentava ainda doença renal crónica agudizada e na eletroforese de proteínas e imunofixação com evidência gamapatia monoclonal de cadeias leves κ livres e no esfregaço de sangue periférico com 11% de plasmócitos. Do restante estudo complementar, no aspirado medular apresentava 56% de plasmócitos. Na PET com descontinuidade cortical na diáfise umeral direita, melhor avaliada por TC com lesão osteolítica no úmero direito, com orientação para consulta de tumores ósseos. Em colaboração com Hematologia iniciou tratamento com Bortezomib, Ciclofosfamida e Dexametasona. A doente retomou integração em UCC, continuando os ciclos de tratamento em Hospital de Dia de Hematologia. Dois meses depois, apresentou novo internamento com agravamento clínico, tendo vindo a falecer.

Discussão

Neste caso estabeleceu-se o diagnóstico final de leucemia plasmocitária, evidenciando-se o mau prognóstico e evolução desfavorável, apesar de instituído tratamento adequado[BN2] . Por se tratar de uma doença indolente, progressiva e que cursa com achados comuns em idosos, o diagnóstico acaba por ser feito quando a doença já se encontra numa fase avançada contribuindo para um mau prognóstico.

Lesão ocupando espaço - desafio diagnóstico

Roman Khomynets; Cristina Alcântara; António Martins Batista

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

Lesões ocupando espaço (LOE) no sistema nervoso central (SNC) apresentam desafios diagnósticos, incluindo etiologias infecciosas, parasitárias e neoplásicas. A tuberculose (TB) do SNC representa 1-5% dos casos de TB, sendo mais prevalente em áreas endêmicas. O tuberculoma cerebral pode causar crises convulsivas e déficits focais, frequentemente sem sinais meníngeos.

Caso clínico

Relatamos o caso de um homem de 32 anos, natural de Angola e residente em Portugal há 7 anos, trabalhador da construção civil, sem antecedentes relevantes. Foi admitido no Serviço de Urgência após crise focal no membro inferior direito, com generalização e déficit motor grau 4, além de hipostesia térmica e algica. Relatava febre e sensação de “corpo estranho” ocular há dois meses.

A TC-CE revelou lesão córtico-subcortical frontal esquerda com realce em anel e edema vasogênico. A RMN-CE confirmou lesão multilobulada sugestiva de processo infeccioso, sem excluir neoplasia primária. Exames laboratoriais mostraram VS 120 ms, sem outras alterações. Numa fase inicial da investigação, que inclui punção lombar, não foi identificado agente infeccioso.

Durante o internamento, manteve febre diária (picos de 39,2°C) e queixas de miodesópsias. O exame oftalmológico revelou vitrite, papilite e massa sub-retiniana. A RMN orbitária identificou processo granulomatoso tuberculoso. A vitrectomia mostrou linfócitos, mas exames bacteriológicos foram negativos.

O diagnóstico definitivo foi obtido pelo isolamento de *Mycobacterium tuberculosis* na urina, sem resistências identificadas. Iniciou-se tratamento antibacilar com isoniazida, rifampicina, etambutol e pirazinamida.

Discussão

Este caso reforça a necessidade de considerar TB como diagnóstico diferencial em pacientes com LOE, especialmente de áreas endêmicas. A correlação entre manifestações neurológicas e oculares foi crucial para o diagnóstico.

Abcesso cerebral, uma complicação rara da infecção por *Listeria*

Marta Sousa; Nuno Pardal; Beatriz Martins; Bruno Carneiro; Inês Machado; Ana Nascimento

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, EPE / HOSPITAL DE SANTA LUZIA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A *Listeria monocytogenes* é um bacilo gram-positivo, aeróbio e anaeróbio facultativo, presente no meio ambiente, que pode causar doença invasiva em imunocomprometidos, extremos de idade e grávidas, mas também, apesar de mais raro, em indivíduos saudáveis.

Caso clínico

Homem, 59 anos, trabalhador da construção civil, com diabetes mellitus tipo 2 com mau controlo metabólico e cirrose hepática de etiologia alcoólica. Após viagem de trabalho a Marrocos desenvolvimento de rinorreia, arrepios, instabilidade na marcha e sonolência. No serviço de urgência, objetivada temperatura auricular 37.9°C, lentificação psicomotora, apagamento do sulco nasolabial direito, dismetria na prova dedo-nariz bilateralmente e marcha de base alargada. Exame de urina com leucocitúria. Tomografia computadorizada cranioencefálica com hipodensidade estriatocapsular esquerda sugestiva de lesão isquémica. Admitido ao internamento para estudo por acidente vascular cerebral isquémico e medicado empiricamente com Ceftriaxone por presunção de infecção do trato urinário. Por persistência de febre e oscilação de estado de consciência colhido rastreio séptico e realizada punção lombar, sendo isolada *L. monocytogenes* nas hemoculturas, mas liquor (apesar de pleocitose de predomínio linfocitário) sem isolamento microbiológico. Ressonância magnética cranioencefálica mostrou abcesso talamocapsular esquerdo sem indicação para drenagem cirúrgica pela localização. Iniciado tratamento dirigido com Ampicilina e Gentamicina, com melhoria clínica e imagiológica lenta, mas sustentada, sob antibioterapia de longa duração.

Discussão

O abcesso cerebral é uma complicação rara e grave da neurolisteriose, exigindo uma abordagem multidisciplinar na sua orientação e tratamento. Neste caso, a localização impossibilitou a drenagem do mesmo, colocando a ênfase na antibioterapia. A duração do tratamento é prolongada, mas de duração definida pela evolução clínica, o que acarreta dificuldades na gestão de complicações.

QUANDO A IMUNOSSUPERESSÃO É INTERROMPIDA: UM CASO DE ASPERGILOSE PULMONAR CRÓNICA NECROTIZANTE

Leda D'almeida; Hugo Félix; Carla Santos; Sérgio Paulo

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, EPE / HOSPITAL DE SANTA MARIA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A aspergilose pulmonar (AP) abrange um espectro de distúrbios causados ??pela proliferação local de hifas de *Aspergillus* em doentes com doença pulmonar estrutural subjacente. Está associada a altas taxas de mortalidade por todas as causas com cerca de 14% a um ano e 38% a cinco anos. Os autores descrevem o caso de um homem de 58 anos de idade com quadro de tosse produtiva com 2 meses de evolução e aparecimento de hemoptises, em moderada quantidade, sem sintomatologia constitucional associada. Tem antecedentes de Doença de Crohn (em remissão, tratada com infliximab, suspenso em 2018 por tuberculose pulmonar com cavitação sequelar e reação paradoxal posterior), espondilite anquilosante, psoríase e hipertensão arterial. Objetivamente apresentava hemoptises com cerca de 100 a 200mL. Laboratorialmente leucocitose com neutrofilia (GB 12,1x10⁹/L e N 73,0%/8830 mcL), plaquetas 464 000/uL, fibrinogénio 703 mg/dL, PCR 5,39 mg/dL e LDH 347 U/L. Sem evidência de bacilos ácido resistentes na pesquisa direta de micobactérias na expetoração e serologia VIH negativa. TC-Tórax mostrou múltiplas adenopatias mediastínicas e hilares pulmonares direitas de provável natureza reativa, bem como alterações cicatriciais crónicas com bronquiectasias e conteúdo na cavidade cicatricial do ápex pulmonar direito, aspetos a favor de infeção ativa por provável infeção fúngica. Realizou broncofibroscopia que evidenciou lesão irregular na traqueia e mucosa hiperemiada na árvore brônquica direita. O lavado bronco-alveolar foi positivo para antigénio Galactomanan(4,09). Por forte suspeita de infeção por *Aspergillus* iniciou terapêutica antifúngica com voriconazol, apresentando significativa melhoria da lesão pulmonar em TC torácica de reavaliação 20 dias depois. Teve alta com orientação para Consulta de Infeciologia sob voriconazol 200mg bid. Em doentes com doença pulmonar estrutural e/ou antecedentes de tuberculose, a presença de AP é responsável por hemoptises em aproximadamente 10 a 25% dos casos.

A complexidade da sobreposição entre doença de Behçet e síndrome de Ehlers-Danlos

Gabriel de Carvalho Ferreira; Filipe Raposo; Francisco Azeiteiro; Beatriz Machado; Daniel Castanheira; Marta Sanches; Margarida Nunes

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

As doenças do tecido conjuntivo e as vasculites podem apresentar manifestações complexas, exigindo uma abordagem multidisciplinar para o seu diagnóstico e tratamento.

Apresentamos o caso de uma mulher de 28 anos, com amigdalites e aftas orais recorrentes. Referenciada a Medicina Interna por dor torácica e cansaço a pequenos esforços. Para estudo dos sintomas realizou angioTC tóraca, que revelou um pectus excavatum com critérios de severidade (índice de Haller de 5.4), moldando das cavidades cardíacas direitas. Apresentava ainda luxações articulares frequentes, artralgia inflamatória da tibiotársica direita e joelho esquerdo, com rigidez matinal. Ao exame objetivo apresentava aracnodactilia, sinais de Steinberg e Walker, escoliose, foliculite, estrias e cicatrizes papiráceas. A doente referia que o pai e a irmã também tinham luxações articulares frequentes e deformação torácica. Foi submetida a cirurgia torácica corretiva com técnica de Rudakov.

No pós-operatório, desenvolveu aftas orais e genitais dolorosas, associado a agravamento da artrite periférica constatadas previamente. Por suspeita de Doença de Behçet (DB) fez teste de patergia-negativo, pesquisa de HLA B51 negativa, mas HLA B15 positivo (alelo com associação conhecida à DB). Face a presença de aftas bipolares e lesões de pseudofoliculite, foi diagnosticada com DB. Pela hipermobilidade, foi referenciada a Genética Médica, que confirmou tratar-se de Síndrome de Ehlers-Danlos Hipermóvel (SEDH).

Iniciou colchicina e corticoterapia para a DB, e suplementação com vitamina C e fisioterapia para prevenção do desgaste articular. Evoluiu com melhoria clínica, mas com dependência de corticóide para controlo da artrite periférica. Não tolerou azatioprina (diarreia, enxaqueca, hepatite e neutropenia), nem metotrexato (hepatite). Iniciou adalimumab, com bom controlo sintomático desde então.

Este caso ilustra a complexidade da sobreposição entre duas patologias raras, exigindo uma abordagem individualizada e multidisciplinar, sendo a sua sobreposição ainda mais incomum. O diagnóstico de SEDH e DB implicou desafios diagnósticos significativos, incluindo a escolha da imunossupressão adequada e a abordagem de iatrogenias.

Da meningoencefalite aguda ao diagnóstico diferencial de massas intracardíacas

Duarte Lima¹; A. Beatriz Ferreira¹; Catarina Rodrigues da Silva²; Teresa Costa Pereira³; Rita Sárria¹; Patrícia Sousa¹; Sara Araújo¹; Daniel Seabra¹; Manuela Mendes¹; Lilian Maia¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE VISEU DÃO-LAFÕES

³ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE AMADORA/SINTRA

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

As massas intracardíacas são raras mas representam um desafio diagnóstico, englobando tumores, benignos e malignos, e condições semelhantes, como vegetações. Embora estas entidades apresentem características clínicas e ecocardiográficas diferenciadoras, pode ser difícil discriminar a etiologia subjacente, particularmente em quadros clínicos invulgares, como meningoencefalite.

Caso clínico

Homem, 73 anos, com história de diabetes, admitido por mialgias, artralgias e febre com 11 dias de evolução, a par de lentificação psicomotora. À avaliação, febril e prostrado, com rigidez da nuca, sem défices focais. Análises com síndrome inflamatório expressivo, sem claro foco em estudo tomográfico. Punção lombar documentou pleocitose com predomínio de polimorfonucleares, proteinorraquia e consumo de glicose. Assumida meningoencefalite aguda bacteriana, pela qual iniciou antibioterapia.

O estudo microbiológico revelou *E. faecalis* no LCR e, posteriormente, em hemoculturas. Foi realizado ecocardiograma transtorácico, sem vegetações observáveis. A RM cerebral foi sugestiva de cerebrite e meningite, com lesões isquémicas de natureza embólica, motivando a realização de ecocardiograma transesofágico que descreveu massa intracardíaca multifilamentosa, friável, apensa à fossa ovalis. PET sem atividade metabólica cardíaca.

Apesar de antibioterapia dirigida e prolongada, internamento complicado com osteomielite da coluna cervical e artrite séptica do ombro, em relação com fenómenos embólicos..

Quadro interpretado como endocardite infecciosa por *E. faecalis*, com embolização séptica, de ponto de partida indeterminado. Pela necessidade de controlo do foco, o doente foi transferido para Cirurgia Cardiotorácica, onde foi excisada massa intracardíaca, cuja histologia revelou mixoma auricular e estudo microbiológico foi negativo. Resolução do quadro após cirurgia, tendo tido alta orientado para consulta.

Discussão

Este caso realça o desafio no diagnóstico diferencial de massas intracardíacas. O contexto clínico favorece a hipótese de endocardite, mas o caso mostra que pode coexistir uma outra entidade em paralelo, ambas fontes de embolização. A referir o papel da intervenção cirúrgica urgente na prevenção de fenómenos embólicos e esclarecimento do diagnóstico definitivo.

Parésia transitória do plexo braquial após anestesia local para acesso venoso central

Gabriel de Carvalho Ferreira; Filipe Raposo; Francisco Azeiteiro; Beatriz Machado; Daniel Castanheira; Marta Sanches; Margarida Nunes

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A cateterização venosa central é um procedimento frequentemente realizado em contexto hospitalar. Apesar de ser uma técnica amplamente utilizada, não é isenta de complicações, que podem incluir pneumotórax, hemorragias, trombose, infeções e lesões neurológicas.

Apresentamos o caso de um homem de 64 anos, com cardiopatia dilatada etanólica, com insuficiência cardíaca com fração de ejeção deprimida. Foi internado por sepsis com ponto de partida respiratória por pneumonia a influenza A com sobreinfeção a *Staphylococcus aureus metilino-sensível* (MSSA), pelo que foi iniciada antibioterapia dirigida com flucloxacilina. Por dificuldade em cateterização de acessos venosos periféricos, optou-se por colocação de catéter venoso central na veia subclávia direita. Durante o procedimento, foram administrados, faseadamente, um total de 400mg de lidocaína para anestesia local devido a dor intensa na punção. Restante procedimento decorreu sem complicações, com catéter posicionado com sucesso. Cerca de 30 minutos após procedimento iniciou queixas de diminuição da força e sensibilidade do membro superior direito. O exame objetivo revelou hipostesia de todo o membro poupando o dermatomo de T1, paresia com força grau 3 na abdução, flexão e extensão do braço e músculos intrínsecos da mão, e abolição dos reflexos osteotendinosos, com exceção dos tricipitais. Foi assumida anestesia iatrogénica do plexo braquial por de lidocaína. O doente recuperou completamente a função do membro após 6h, sem complicações adicionais.

Este caso ilustra um efeito adverso raro da anestesia local na cateterização venosa central e destaca a possibilidade de neurotoxicidade local da lidocaína, particularmente em doses elevadas e próximas de estruturas nervosas. Apesar da evolução benigna, o reconhecimento precoce desta complicação é essencial para evitar intervenções desnecessárias e garantir a segurança do doente.

Colangiocarcinoma intra-hepático: o peso da história

Ana Rita Ambrósio; Bruno Miguel Silva; Telma Costa Cabral; Isménia de Oliveira; Hugo Pêgo; Ana Grilo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

Tema: Doenças oncológicas

O colangiocarcinoma é um tumor maligno com origem nas células epiteliais dos ductos biliares e pode ser classificado em peri-hilar, intra-hepático (CCI) e extra-hepático. A sua incidência é crescente, apresentando uma elevada mortalidade, devido à sua agressividade clínica e habitual diagnóstico tardio.

Reportamos o caso de um homem de 52 anos, autónomo, com história de dislipidemia e tabagismo. Trazido ao Serviço de Urgência por tentativa de suicídio. O doente desconfiava ter uma doença neoplásica, semelhante ao colangiocarcinoma que vitimou a sua mãe aos 50 anos. À anamnese, apurou-se perda ponderal, astenia, febre e hipersudorese noturna com 3 meses de evolução. Analiticamente, com anemia com padrão inflamatório. A destacar consumo de queijo não pasteurizado, em data compatível com início da clínica. Internado para investigação etiológica.

Da investigação, a destacar TC-CTAP com adenopatias hilares calcificadas e outras estruturas ganglionares inespecíficas ligeiramente globosas. Mielograma, biópsia óssea e exames endoscópicos gastrointestinais sem evidência de tumor primário. Extensa investigação de causa infecciosa, incluindo brucelose, sem qualquer agente identificado. Marcadores tumorais normais. Após a alta, realiza PET-TC 18F-FDG, com achados compatíveis com doença maligna metastizada – captação hepática (lesão única), óssea (multifocal) e intestinal. Após discussão em Consulta de decisão terapêutica (CDT) de Tumores Digestivos, decidida biópsia de lesão óssea, que documentou metástase de carcinoma indiferenciado de origem desconhecida.

Perante degradação do estado geral e investigação inconclusiva, decidido início de terapêutica para Carcinoma de Primário Desconhecido, com má tolerância. Evolução desfavorável. Autópsia clínica documentou CCI de alto grau com metástases ósseas.

Este caso representa uma apresentação atípica de CCI, ilustrando os desafios associados ao seu diagnóstico. Apesar de raro, deve ser tido em conta no diagnóstico diferencial de adenocarcinoma de primário desconhecido.

Celulite periorbitária? Nem tudo o que parece é

Ana Bispo Leão¹; João Jardim²; Inês Mendo²; Alice Alicerces²; Ana Maria Teodoro²; Miguel Oliveira²; Nuno Barbosa²; Sara Valle²; Swayla Ribas²; Tiago Judas²

¹ INSTITUTO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

Tema: Doenças raras

Introdução

As síndromes autoinflamatórias destacam-se pela complexidade patofisiológica, heterogeneidade clínica e baixa prevalência, constituindo doenças desafiantes, do diagnóstico à terapêutica. Descrita pela primeira vez em 2020, a síndrome VEXAS remete para as 5 características que lhe originam o nome: V- Vacúolos, nas células precursoras mielóides e eritróides; E- Enzima E1 com atividade alterada; X- Ligada ao cromossoma X; A- Autoinflamação; S- Mutação somática. Deste modo, os autores pretendem apresentar um caso clínico relevante e raro, sobre síndrome VEXAS, com um quadro clínico inaugural grave.

Caso clínico

Doente do sexo masculino, 64 anos, com história de múltiplos fatores de risco cardiovascular e cardiopatia isquémica. Recorreu ao serviço de urgência por edema palpebral doloroso, proptose severa, exsudado purulento, com compromisso do nervo óptico. Foi submetido a descompressão orbitária emergente e ficou internado, sob antibioterapia e corticoterapia, com melhoria substancial. Após início do desmame da corticoterapia apresentou febre e sinais de condrite dos pavilhões auriculares. Analiticamente destacava-se anemia, trombocitopénia, elevação de parâmetros inflamatórios. Biópsia orbitária com infiltrado neutrofílico e mielograma com eritroblastos vacuolizados e sinais de neoplasia mielodisplásica unilinhagem. Face aos achados descritos e características epidemiológicas colocou-se a hipótese de Síndrome VEXAS, tendo realizado estudo genético com identificação da mutação *Met41Val* gene UBA1. Retomou corticoterapia com melhoria clínica e analítica. Mantém seguimento em consultas de Medicina Interna e Hematologia.

Discussão

A síndrome VEXAS pode apresentar-se de forma heterogénea, podendo cursar com manifestações atípicas mais graves, para além da característica condrite. Com o presente caso clínico os autores pretendem dar a conhecer um caso raro de síndrome VEXAS, revisitando a epidemiologia, fisiopatologia, clínica e terapêutica desta síndrome.

Trombocitopénia Induzida pela Heparina - onde há fumo há fogo?

José Lucena; Andreia Balbino; Sofia Cunha; Vasco Gaspar; Leonor Soares; Manuel Monteiro; Mário Rodrigues; Melanie Ferreira; Luís Dias

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SÃO JOSÉ, HOSPITAL DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças cardiovasculares

A heparina é um fármaco amplamente usado no internamento. Assim, apesar de pouco prevalente, a Trombocitopenia Induzida pela Heparina (TIH) é um diagnóstico que não pode ser esquecido na presença de trombose em doentes com trombocitopenia, sob uso deste fármaco. Este caso é um exemplo desta complicação e sua gestão.

Uma mulher de 63 anos é submetida a excisão de mixoma cardíaco, sendo heparinizada durante a cirurgia, sem intercorrências. Ao 5º dia pós-operatório inicia quadro de tosse hemoptoica, febrícula e taquicardia. Analiticamente com trombocitopenia de 47 000, parâmetros inflamatórios elevados e infiltrado peri-hilar. Neste contexto é re-internada assumindo quadro séptico respiratório. No internamento evolui com trombose das veias jugular, basilica e umeral, associada a catéter central, iniciando-se hipocoagulação com rivaroxabano. Nas primeiras 24h tem novo episódio de tosse hemoptoica com elevação concomitante de D-Dímeros e NTproBNP, identificando-se tromboembolismo pulmonar agudo e trombo intraauricular, trocando-se estratégia de hipocoagulação para enoxaparina em dose terapêutica. Por queda sustentada das plaquetas (nadir de 28 000 ao 6º dia de internamento, 2º dia de enoxaparina), associada a eventos trombóticos recorrentes, em múltiplos territórios, de elevada carga trombótica, com score 4Ts de 7 pontos (alto risco), assumido diagnóstico de TIH.

Realizou-se pesquisa de anticorpos PF4 (positiva) e alterada estratégia de hipocoagulação para bivalirudina. Já sem novos episódios trombóticos e com estabilização sustentada de plaquetas >150 000, realizada sobreposição para varfarina tendo alta com este fármaco.

O diagnóstico de TIH requer elevada suspeição clínica perante o uso destes fármacos muito comuns na nossa prática clínica.

Este caso relembra-nos a importância de ter em conta as reações adversas desta classe. A vigilância dos valores de plaquetas é fundamental para um diagnóstico precoce.

Contra-relógio num caos cardiovascular

**Bruno Sequeira Campos; Carolina Fernandes; André Manuel Martins;
Ricardo Martins da Ascensão; Mariana Pedrosa; Joana Filipe Leite; Renato Saraiva**

ULS-REGIÃO DE LEIRIA

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

O tamponamento cardíaco agudo é uma emergência médica com clínica inespecífica, instalação e agravamento superagudos, com elevada taxa de mortalidade. A maioria dos casos surge em contexto iatrogénico, como complicação de procedimentos invasivos cardíacos ou torácicos, mas também em contexto secundário a quadros infecciosos, inflamatórios, neoplásicos e trauma.

Apresentamos um caso de um homem de 67 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia, acidente vascular cerebral isquémico em 2022 sem sequelas, e status pós-prostatectomia em 2014 em contexto neoplásico, clinicamente curado.

Doente entra na sala de emergência, trazido pela viatura médica de emergência e reanimação, por choque de etiologia indeterminada. Quadro de alteração do estado de consciência no seguimento de dor epigástrica e hipocôndrio direito com 1 hora de evolução. Ao exame objetivo apresentava tensões arteriais imensuráveis, ausência de sons cardíacos à auscultação, ingurgitamento venoso jugular (Tríade de Beck), tempo de reperfusão capilar maior que 4 segundos com extremidades frias e estupor com Escala de Coma de Glasgow de 8 pontos. Realizada de imediato ecoscopia de cabeceira que comprovou o derrame pericárdico volumoso, tendo realizado pericardiocentese menos de 15 minutos após admissão. Apresentou melhoria tensional imediata com saída de líquido hemático. Posteriormente realizou tomografia computadorizada com exame que mostra uma dissecção desde a aorta ascendente à bifurcação nas artérias ilíacas.

Transporte iniciado 2h30 minutos após admissão para a Cirurgia Cardiotorácica do hospital de referência, com chegada às 3h30 minutos após admissão no hospital distrital. Foi intervencionado com sucesso e encontra-se vivo atualmente.

Este caso clínico reflete um choque obstrutivo por tamponamento cardíaco em contexto de hemopericárdio por dissecção espontânea da aorta. Pretendemos salientar a importância da suspeita clínica desta emergência quando um doente se apresenta com sinais e sintomas de choque “frio”; assim como as métricas temporais do diagnóstico, abordagem e estabilização precoces, bem como a abordagem multidisciplinar que permitiram a sobrevivência do doente nesta apresentação catastrófica.

AVC isquémico? Quando a clínica nos guia para o improvável

Alice Mesquita Alicerces¹; Ana Leão²; Ana Maria Teodoro¹; Pedro Pereira¹; Sandra Palma¹; Inês Cruz¹; Tiago Judas¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALMADA-SEIXAL

² INSTITUTO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

Tema: Doenças raras

Introdução

A amiloidose sistémica (AS) é um distúrbio raro que pode ser adquirida ou hereditária e afetar vários órgãos. Os sintomas são geralmente insidiosos e inespecíficos. A tipagem da proteína precursora é de crucial importância.

Caso clínico

Homem de 75 anos, com antecedentes de dislipidémia, fibrilhação auricular, doença arterial coronária e sequelas de tuberculose pulmonar. História familiar: mãe falecida de complicações polineuropatia (PN); irmão com morte súbita aos 74 anos; irmão com episódio de bloqueio aurículo-ventricular aos 57 anos. Teve internamento prévio por episódio de bradirritmia com necessidade de implantação de pacemaker. Foi internado por quadro de diminuição da força muscular no hemicorpo esquerdo. Referia queixas insidiosas de parestesias e ulceração dos membros, obstipação e retenção urinária. Ao exame físico objetivaram-se úlceras e crostas nos membros inferiores; paraparésia flácida de predomínio distal, atrofia muscular; panhipostesia em meia e luva. A TC-CE confirmou AVC isquémico hemisférico direito e a RMN-cervical mielopatia espondilótica cervical. O electromiograma confirmou PN axonal sensitivo-motora, simétrica. O ecocardiograma mostrou hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo com aspeto mosqueado. Estas alterações levantaram a suspeita de AS, confirmada por biópsia da gordura abdominal. Realizou cintigrafia cardíaca com padrão sugestivo de amiloidose. Considerada a hipótese de amiloidose hereditária associada a transtirretina, confirmada por teste genético. O doente foi medicado com tafamidis com melhoria dos sintomas. Por ser caso índice, os familiares foram referenciados para consulta de genética clínica.

Conclusão

Com o presente caso os autores salientam a importância da anamnese e exame físico que permitiram considerar um diagnóstico improvável. Salientam a idade de apresentação tardia da doença e a importância do diagnóstico que permitiu rastreio da doença em familiares diretos ainda assintomáticos.

Glomerulonefrite associada à infecção no adulto

Ana João Gonzaga; Fábio Dinis Alves; Luis Silva; Patrícia Claudio Ferreira; Ricardina Macedo; Rosa Ferreira; Margarida Monteiro; Maria Rosário Araújo; Olinda Caetano

HOSPITAL DE BRAGA

Tema

Doenças renais

Introdução

A glomerulonefrite associada à infecção, embora rara, pode ser causada por infecções estafilocócicas. Em adultos, essa forma tem se mostrado tão prevalente quanto a pós-estreptocócica, especialmente em indivíduos com predisposição, como diabetes ou alcoolismo. Ao contrário da glomerulonefrite pós-estreptocócica, a infecção estafilocócica geralmente está ativa no momento do diagnóstico da doença renal.

Caso clínico

Doente do sexo masculino, 51 anos, motorista. Antecedentes de artrite psoriática sob metotrexato, com bom controlo. Por foliculite na região púbica realizou Amoxicilina + Ácido clavulânico (AmoxiClav) (Junho 2024) e betametasona + ácido fusídico (Julho 2024). Não tendo resolução completa do problema, foi novamente medicado com AmoxiClav em Julho 2024. Neste contexto veio ao Serviço de urgência com cefaleia intensa, urina espumosa, hipertensão, edemas dos membros inferiores e superiores. Associadamente tinha uma ferida com sinais inflamatórios no dedo do pé esquerdo. Do estudo realizado, apresentava anemia e lesão renal aguda com proteína C reativa 8,40 g/dl. A análise urinária mostrou sedimento com eritrócitos dismórficos e proteinúria de 9g/dia. Imunologicamente com consumo de C3 e TASO negativa. Realizou tomografia excluindo causa obstrutiva. A biópsia renal que revelou glomerulonefrite proliferativa endocapilar compatível com glomerulonefrite associada à infecção. Completou ciclo de flucloxacilina para a ferida do pé.

Conclusão

Este caso destaca a relevância clínica da glomerulonefrite associada a infecções, especialmente em adultos com comorbidades. O diagnóstico precoce e tratamento eficaz da infecção subjacente são essenciais para o sucesso no tratamento renal. A identificação da infecção é fundamental para evitar complicações graves, como insuficiência renal, e reforça a necessidade de atenção em adultos mais velhos.

Síndrome de Guillain-Barré Paraneoplásico

Jandira Nachila; Patrícia Cipriano; Ana Rafaela Alves, Francisco Araújo

HOSPITAL DOS LUSÍADAS LISBOA

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

A síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma polirradiculoneuropatia inflamatória aguda em que a lesão do sistema nervoso periférico causa fraqueza muscular de início súbito, desencadeada quando a resposta imunitária a uma infeção prévia ou a outro evento reage de forma cruzada com epítomos partilhados nos nervos periféricos (mimetismo molecular).

Caso clínico

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 45 anos que apresentava, nas últimas duas semanas, parestesia das mãos e plantas dos pés, alterações propriocetivas e instabilidade na marcha. Sem clínica infecciosa recente ou vacinação. À observação: hipostesia nas extremidades, de predomínio direito; reflexos osteotendinosos diminuídos a nível rotuliano, aquiliano e estilo-radial; desequilíbrio e marcha de base alargada.

Do estudo etiológico destacamos valor de hemoglobina de 9.6g/dL e saturação de transferrina de 8.7%; punção lombar com dissociação albumino-citológica, com hiperproteíno-rraquia (80 mg/dL); auto-imunidade e serologias virais no liquor negativos. Do restante estudo destacamos: eletromiografia com polineuropatia desmielinizante inflamatória aguda, variante da SGB; colonoscopia com lesão ulcerada do colon direito compatível com adenocarcinoma; tomografia computadorizada com 2 metástases hepáticas.

Iniciada terapêutica com imunoglobulina 0.4mg/kg/dia por 5 dias, com melhoria ligeira dos défices neurológicos. Submetida a hemicolecotomia e hepatectomia parcial; proposta para quimioterapia adjuvante. Ao fim de 3 meses reavaliada em consulta, com resolução completa das alterações neurológicas.

Discussão

As síndromes paraneoplásicas referem-se a distúrbios clínicos que não podem ser diretamente atribuídos aos efeitos físicos do tumor primário ou metastático. Estão reportados casos de SGB paraneoplásico, principalmente em tumores hematológicos ou pulmonares, mas raros os casos associados a neoplasia do colon. Pretendemos alertar para a necessidade do estudo de neoplasia oculta em diagnósticos de SGB sem outra causa subjacente.

Hipercalcemia: Duas Faces do Hiperparatiroidismo Primário

Filipe Martinho Raposo; Francisco Azeiteiro; Gabriel Ferreira; Margarida Nunes

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A hipercalcemia, frequentemente associada ao hiperparatiroidismo primário (HPTP), pode ser assintomática ou manifestar-se com sintomas neurológicos e cardiovasculares severos. Apresentamos 2 casos distintos, que ilustram a variabilidade clínica e resposta terapêutica, contribuindo para a compreensão da diversidade fenotípica do HPTP.

Caso 1

Mulher de 72 anos, seguida em nefrologia por suspeita de pielonefrite crónica com elevação da creatinina plasmática (1,50mg/dL) e hipercalcemia assintomática (cálcio ionizado 1,52mmol/L). O estudo ambulatorio revelou hormona paratiroideia (PTH) elevada (200pg/mL, normal:17,3 – 74,1pg/mL) e cintigrafia das paratiroides com suspeita de adenoma paratiroideu. Admitida no serviço de urgência (SU) por náuseas e vômitos. Sem alterações ao exame objetivo, analiticamente com hipercalcemia isolada (cálcio ionizado 1,60 mmol/L) e o eletrocardiograma (ECG) com intervalo QT ligeiramente reduzido (298ms). Tratada em SU com hidratação vigorosa e diurético. Teve alta melhorada clinicamente e analiticamente, com indicação para reforço do diurético e encaminhada para consulta de endocrinologia e cirurgia geral.

Caso 2

Mulher de 75 anos, com síndrome demencial em estudo. Trazida ao SU por quedas frequentes, discurso desorganizado e alucinações visuais. Analiticamente com cálcio ionizado de 2,17 mmol/L. ECG inicial com intervalo QT curto (290ms) e ondas de Osborn. Do estudo, a destacar PTH elevada (>400pg/mL) e déficit de vitamina D. A cintigrafia não identificou adenoma paratiroideu inequívoco. Ficou internada e foi tratada com hidratação, pamidronato, furosemida e hidrocortisona, com melhoria clínica, analítica e eletrocardiográfica. Encaminhada para consulta de endocrinologia.

Discussão

Os casos destacam a variabilidade de apresentação do HPTP, desde sintomas inespecíficos até manifestações neurológicas e eletrocardiográficas graves. O primeiro caso apresentou uma evolução relativamente benigna, enquanto o segundo exigiu abordagem agressiva e internamento. A cintigrafia nem sempre é conclusiva, reforçando a importância da correção clínico-laboratorial. O reconhecimento precoce da hipercalcemia e a sua abordagem adequada são essenciais para prevenir complicações graves.

Diabetes Insipidus em doente imunocomprometido - um desafio diagnóstico

Filipe Martinho Raposo; Francisco Azeiteiro; Gabriel Ferreira; Margarida Nunes

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A diabetes insipidus central (DIC) é uma doença rara, caracterizada por baixa produção de ADH, resultando em poliúria e polidipsia. As causas adquiridas incluem lesões hipotalâmicas/hipofisárias, infeções, traumatismos ou tumores. Em 40% dos casos, a etiologia permanece desconhecida. Apresentamos um caso clínico que destaca a importância de considerar DIC em doentes com poliúria e polidipsia e múltiplas comorbilidades, oferecendo *insight* para a abordagem diagnóstica e tratamento adequado mesmo quando a etiologia não é clara.

Caso clínico

Homem de 60 anos, natural de Cabo Verde, em Portugal desde 1989. Antecedentes de infeção VIH (diagnóstico em 2015), e apresentação com toxoplasmose cerebral, com incumprimento terapêutico e carga viral detetável; etilismo ativo; poliúria e polidipsia com 10 anos de evolução. Internado em dezembro de 2024 com doença coronária do tronco comum com indicação para cirurgia de revascularização. Durante o internamento, verificou-se poliúria (débito urinário 14L/24h) e consumo hídrico substancial (10L/dia). Analiticamente, encontrava-se normoglicémico e normonatrémico. Na análise de Urina de 24h (14200mL) apresentou baixa osmolalidade urinária (<99mOsm/Kg). O teste de restrição hídrica noturna e o teste de resposta à desmopressina confirmaram DIC completa. A TC-CE realizada em internamento não mostrou alterações; estudo de função tiroideia, cortisol e função pituitária anterior normais. Iniciou terapêutica com desmopressina oral com normalização da sede e diurese. Aguarda ressonância magnética crânio-encefálica (RMN-CE) para ambulatório.

Discussão

Dado o antecedente de toxoplasmose cerebral, a principal hipótese diagnóstica dos autores é uma sequele de lesão hipotalâmica prévia. A RMN-CE será fundamental para esclarecer a origem da disfunção. A DIC em doentes com HIV é pouco descrita na literatura, especialmente no contexto de sequelas de infeções oportunistas como a toxoplasmose. Adicionalmente, a nefropatia do VIH e a terapêutica antiretroviral podem associar-se a diabetes insipidus nefrogénica, contribuindo para o diagnóstico diferencial. Este caso sublinha a importância de um diagnóstico preciso da diabetes insipidus para garantir um tratamento adequado e melhorar a qualidade de vida dos doentes.

A utilização de ARNI na IC de alto débito em jovem hemodialisada. Efeito sinérgico ou cumulativo?

Sara Rodrigues Silva¹; Monika Dvorakova¹; Diana Marreiros¹; Elsa Soares²; Lucas Diaz¹; Ana Natário²; Teresa Bernardo¹; Henrique Rita¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO LITORAL ALENTEJANO

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA ARRÁBIDA

Tema: Doenças cardiovasculares

No doente hemodialisado, uma fistula arteriovenosa (FAV) é a opção de acesso vascular preferencial. O desenvolvimento de insuficiência cardíaca (IC) de alto débito pode ser uma complicação subestimada nestes doentes. Para além disso, os doentes hemodialisados têm elevado risco cardiovascular, sendo a hipertensão arterial (HTA) um dos problemas de saúde mais prevalente. Estudos recentes demonstraram que o Sacubitril/Valsartan (SAC/VAL) pode ser um tratamento promissor para o manejo da HTA no hemodialisado, sendo um fármaco também importante no tratamento da IC com fração de ejeção (FEj) reduzida.

Caso clínico

Mulher de 31 anos, em hemodiálise há 4 anos, apresenta HTA refratária a terapêutica farmacológica tripla e dialítica, derrame pleural, cansaço para esforços, edema periférico e ingurgitamento jugular. Doente é avaliada em hospital de dia de medicina interna para diagnóstico diferencial da etiologia do derrame pleural recidivante. Apresenta concomitantemente FAV de alto débito (com $Qa > 3000 \text{ mL/min}$), várias vezes submetida a bandagem. Realizada toracocentese e avaliação cito-bioquímica do derrame pleural, compatível com transudado, e ecocardiograma transtorácico (EcoTT), que revelou uma IC de FEj reduzida (38%) e PSAP de 46mmHg, com NT pró-BNP de 113883 pg/mL.

Após discussão médica, optou-se por substituir toda a terapêutica anti-hipertensora por SAC/VAL dose intermédia, com o objetivo de controlo tensional e melhoria da FEj, mantendo monitorização apertada da caliémia e do perfil tensional. Verificou-se no imediato (2 semanas) uma melhoria considerável do perfil tensional e melhoria sintomática, com resolução do derrame pleural. Doente foi adicionalmente submetida a laqueação da FAV 2 meses após introdução de SAC/VAL, alterando o acesso de diálise para catéter de longa duração. Aos 6 meses foi efetuada reavaliação por EcoTT, verificando-se FEj recuperada de 71% e PSAP de 23mmHg. A re-avaliação do NT pró-BNP refletiu uma redução para 2005 pg/mL, suportando a evidência clínica de melhoria. A doente mantém estabilidade clínica.

A avaliação clínica contínua e a gestão individualizada do doente em diálise são fundamentais para a abordagem eficaz de condições complexas. No entanto, são necessárias mais pesquisas para estabelecer a eficácia e segurança da utilização de SAC/VAL nesta população.

Sarcoma do estroma gastrointestinal (GIST) em indivíduo com Neurofibromatose tipo 1

Mariana Lança de Oliveira; Mafalda Rola; Marta Teodoro; Ana Cristina Grilo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

O caso relaciona a neurofibromatose tipo 1 com o risco oncogénico, alertando para a importância da vigilância. A NF1 é uma doença autossómica dominante, com incidência de 1:2600-3000 indivíduos, provocada por uma variante patogénica do gene NF1, que produz a proteína neurofibromina e possui funções de supressor tumoral.

Caso Clínico

Homem de 57 anos, autónomo. História de NF1, sem seguimento médico. Recorre à urgência por anorexia, dor abdominal e perda ponderal com um mês de evolução. Analiticamente anemia normocítica normocrómica, ligeiro padrão de colestase e LDH 846 UI/L. TC TAP identifica volumosa lesão intra-abdominal de 18cm, ocupando o hipocôndrio esquerdo, o flanco e a fossa ilíaca esquerdos, com padrão *omental-cake* nos quadrantes superiores do abdómen, sugerindo implantes peritoneais e adenopatias com necrose central extensa. Realiza biópsia guiada por ecografia. Imunohistoquímica revela vimentina, CD177 e DOG 1+, identificando sarcoma do estroma gastrointestinal. Discutido com oncologia, considerando-se não ter indicação cirúrgica face à agressividade tumoral e *performance status*, não tendo iniciado terapêutica dirigida com imatinib por falecimento.

Discussão

O risco de cancro em pessoas com NF1 é 59.6% e a idade média de diagnóstico é 39 anos. A esperança média de vida está diminuída em 8 a 15 anos e, até 25% dos indivíduos podem vir a ter neoplasias intra-abdominais. O GIST surge entre 3.7%-7% em indivíduos com NF1 e a idade média de diagnóstico são 52.8 anos. O diagnóstico definitivo é feito por histologia e imunohistoquímica. A pesquisa da mutação KIT/PDGFRA, muitas vezes negativa nestes casos, deve ser realizada, uma vez que condiciona uma menor resposta à terapêutica de 1ª linha (imatinib). Assim, a vigilância ao longo da vida destes indivíduos torna-se muito importante. As *guidelines* ERN GENTURIS propõem acompanhamento desde infância, avaliação clínica a cada 3 anos nos adultos e investigação atempada consoante surgimento de sintomas.

Febre sem foco- desafio para internista!

Andrea Duarte; Rute Mendes; Inês Ferreira; Elena Pirtac; Tiago Judas; Susana Boavida; Rui Branco; Daniel Pinto; Francisca Delerue

HOSPITAL GARCIA DE ORTA, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A Linfocitose hemofagocítica (LHF) é uma entidade rara e potencialmente fatal, caracterizada por uma activação descontrolada do sistema imunitário, manifestando-se através de sintomas e sinais clínicos e laboratoriais de inflamação sistémica. A LHF pode ser: Familiar (primária) e Adquirida (secundária).

Caso clínico

Homem, 32 anos, natural de Angola em Portugal há 8 meses, com antecedentes de litíase renal e febre amarela em 2021, sem medicação habitual. Recorreu ao SU por quadro de febre não quantificada com 1 mês de evolução, odinofagia, náuseas, vômitos e diarreia há 3 dias. Objectivamente: hipotensão, febril, taquicárdico, sat O₂ 100%, dor epigástrica e HD direito. Analiticamente: PCR 19, VIH neg, VHC neg, VHB imune. TAC-AP adenomegalias confluentes suspeitas de doença linfoproliferativa e esplenomegalia. Doente transferido para estudo de febre de etiologia não identificada. Por agravamento dos parâmetros inflamatórios com citólise hepática foi iniciada antibioterapia empírica. Por apresentar serologia positiva a *Rickettsia conorii* cumpriu 7 dias de doxiciclina sem melhoria. Realizou EDA e colonoscopia por anemia - candidíase esofágica e gastrite erosiva medicado com fluconazol. PET - gânglios com actividade metabólica de malignidade. Quadro complicado com ARDS. Laparoscopia com biópsia ganglionar e pesquisa BK. Por IGRA positivo inicia antibióticos e CD 25 elevado compatível com LFC. Teve alta.

Conclusão

A associação entre tuberculose ganglionar e linfo-histiocitose hemofagocítica exige alta suspeição clínica e diagnóstico precoce para evitar complicações graves. O reconhecimento dessa condição rara e seu tratamento oportuno são fundamentais para melhorar o prognóstico do paciente. Este caso enfatiza a importância de uma abordagem multidisciplinar e do acompanhamento cuidadoso em pacientes com tuberculose e manifestações sistémicas atípicas.

Dermatite Espongiótica Aguda e Dupilumab Off-label: Uma Nova Perspetiva Terapêutica

Gil Rodrigues Magalhães; Filipa Alexandra Pacharro Nogueira; Isabel Nobrega Fernandes; Inês Barbosa Leão; João Pedro Moreira; Tiago Rosa; Telmo Coelho; Mónica Mesquita

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A Dermatite Espongiótica Aguda (DEA) é uma entidade dermatológica rara, frequentemente associada a reações medicamentosas. O diagnóstico diferencial e tratamento adequados são desafiadores, especialmente em casos refratários à corticoterapia. Dupilumab, anticorpo monoclonal que inibe as vias IL-4 e IL-13, demonstrou eficácia na dermatite atópica e pode ter um papel terapêutico na DEA. Apresentado caso de DEA corticorresistente e subsequente sucesso terapêutico com Dupilumab.

Caso Clínico

Homem de 59 anos, Katz 6. Internado por múltiplas lesões bolhosas em ambas mãos (Imagem 1). Lesões pápulo-postulares eritematosas nos braços, antebraços, frente, região cervical, porção superior do tórax anterior. Admitido com suspeita de Síndrome de Stevens-Johnson, área corporal afetada 7%; SCORTEN 3.2%. Relato de início recente de Valsartan. Iniciada antibioterapia empírica com amoxicilina-ácido/clavulânico e prednisolona 60 mg. Biópsia cutânea revela lesões compatíveis com dermatite espongiótica aguda. Regressão parcial das lesões e alívio da dor. Por suspeita de reação adversa ao ARA, suspensão do mesmo no internamento. Em ambulatório, refratariedade à corticoterapia (Imagem 2) leva à discussão do caso em reunião de Medicina Interna de Doenças Autoimunes. Proposta terapêutica off-label com Dupilumab. Atualmente, sob Dupilumab 300mg mensal com melhoria franca das lesões (imagem 3) a permitir desmame progressivo de corticoterapia.

Discussão

A dermatite espongiótica aguda partilha mecanismos fisiopatológicos com a dermatite atópica. Dupilumab, aprovado para dermatite atópica moderada a grave, tem sido estudado em diversas doenças dermatológicas associadas à resposta Th2. A sua utilização off-label neste caso permitiu o controlo da doença, evitando efeitos adversos da corticoterapia prolongada. Dupilumab surge como opção promissora em casos selecionados de dermatite espongiótica corticorresistente, carecendo de mais estudos para validação da sua eficácia e segurança.

Quando a Descrição Esconde uma Doença Agressiva

Miguel Rodrigues; Joana Simões; Carolina Palma; Diana Pedreira; Mafalda Figueira; Beatriz Navarro; Ermelinda Pedroso

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA ARRÁBIDA

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

O linfoma angioimunoblástico de células T é uma neoplasia agressiva e rara, associada ao vírus de Epstein-Barr. Com um prognóstico reservado e uma sobrevida média de três anos, o seu diagnóstico precoce é crucial para um tratamento adequado.

Caso Clínico

Apresenta-se o caso de um doente de 83 anos admitido no Serviço de Urgência por febre noturna, calafrios e sudorese com dois meses de evolução. Relatava ainda perda ponderal de 10 kg no mesmo período. A tomografia computadorizada abdomino-pélvica evidenciou esplenomegália (14 cm) e múltiplas adenopatias conglomerativas para-aórticas, mesentéricas, ilíacas e inguino-femorais bilaterais. Perante a suspeita de doença linfoproliferativa, o doente foi internado para investigação etiológica.

Os estudos laboratoriais revelaram aumento da velocidade de sedimentação (46 mm/h), lactato desidrogenase (272 U/L) e beta-2-microglobulina (9,75 mg/L). Realizou-se biópsia ganglionar axilar esquerda, cujo estudo anatomopatológico confirmou o diagnóstico de linfoma angioimunoblástico de células T. O doente foi encaminhado para Hematologia-Oncologia, onde iniciou corticoterapia sistémica e foi referenciado para seguimento em Consulta Externa.

Discussão

Este caso evidencia a importância do reconhecimento precoce dos sintomas B, que, apesar de inespecíficos, podem ser a chave para a suspeição e diagnóstico de linfoma. A abordagem clínica cuidadosa e a investigação dirigida são fundamentais para otimizar o prognóstico destes doentes.

Actinomicose mediastínica em doente com adenocarcinoma pulmonar

Ana Cristina Peixoto; Margarida Miguel Paraíso; Ana Luísa Maceda Rodrigues; Rodrigo Almeida Mota; André Silva; Clara Silva; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

A síndrome veia cava superior (SVCS) pode ter etiologia maligna ou benigna, que não pode ser descurada.

Caso clínico

Homem de 47 anos, fumador, com antecedentes de extração dentária recente. Administrava testosterona intramuscular para aumento da performance muscular.

Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por dor e edema cervicofacial associado a tosse seca, cefaleia de tensão que agravava em decúbito, circulação venosa colateral e perda ponderal de 5Kg com 4 semanas de evolução. Negou dispneia, ortopneia, dor torácica, estridor, síncope. Sem febre.

Ao exame objetivo, eupneico em ar ambiente, com edema pletórico da face e pescoço, circulação venosa colateral do tórax, sem regurgitação jugular. Sem adenopatias e défices neurológicos focais. Sem alterações analíticas.

Realizou tomografia computadorizada crânio-encefálica sem alterações e torácica a mostrar conglomerado ganglionar, a causar compressão extrínseca da veia cava superior (VCS) e 2 massas nas suprarrenais sugestivas de metastização.

Internado para estudo de SVCS, sem critérios de gravidade.

Do estudo realizado, beta-HCG e alfa feto-proteína normais e eletroforese de proteínas séricas sem pico monoclonal. Tomografia computadorizada cervico-toraco-abdomino-pélvica de estadiamento mostrou as massas descritas. Estudos endoscópicos normais.

Realizou biópsia da massa mediastínica (dura e de difícil abordagem), sem material suficiente para caracterização, e de gânglios mediastínicos, com crescimento de *Actinomyces Odontolyticus*.

PET (Positron Emission Tomography) de estadiamento sem evidência de foco pulmonar, com metabolismo glicolítico aumentado no mediastino, suprarrenais e gânglios que podia estar presente na neoplasia e na actinomicose.

Realizou biópsia das suprarrenais e repetiu a do mediastino, sugerindo adenocarcinoma pulmonar (citoqueratina 7 positiva, PDL1 < 50%).

Iniciou penicilina pela actinomicose e foi transferido para Oncologia.

Discussão

Este caso pretende mostrar a complexidade e os fatores confundidores de um diagnóstico que parecia linear.

Doente com adenocarcinoma pulmonar com metastização em locais atípicos, sem imagem pulmonar, cuja massa mediastínica podia ser justificada pela actinomicose e tumor. Restam dúvidas quanto ao tempo de antibioterapia e como guiar resposta ao tratamento.

LINFOMA PRIMÁRIO DAS SEROSAS

Maria Marta Lopes; Adriana Duarte; Tatiana Gonçalves; Arsénio Santos; Lèlita Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

O linfoma primário das serosas (LPS) é uma entidade rara e agressiva, pertencente ao grupo dos linfomas de grandes células B, caracterizado pelo envolvimento primário das cavidades serosas, sem evidência de massa tumoral sólida ou envolvimento ganglionar significativo. A sua etiologia é ainda desconhecida, porém acredita-se que esteja associada a estados de imunossupressão.

Caso Clínico

Homem de 74 anos, com antecedentes de dislipidemia, diabetes *mellitus* tipo 2 e fibrilhação auricular permanente, seguido em consulta de Medicina Interna para estudo de derrame pericárdico após internamento na Cardiologia por tamponamento cardíaco. Após a primeira consulta teve novo tamponamento cardíaco com posterior necessidade de janela pleuropericárdica. Nessa altura a análise do líquido mostrou elevação da ADA, LDH e ausência de células neoplásicas no estudo citológico. A biópsia pericárdica era compatível com pericardite crónica colagenizante com atividade inflamatória. Apresentou-se posteriormente na consulta com ortopneia, cansaço para pequenos esforços e a radiografia torácica com derrame pleural esquerdo volumoso, pelo que foi internado para estudo. Fez-se toracocentese cujo líquido pleural foi compatível com exsudado e a sua análise mostrou elevação da ADA e LDH (já presente em análise prévia), sem outras alterações significativas. O estudo analítico foi inespecífico, tendo sido afastada a hipótese de tuberculose ou patologia autoimune. A nova citologia do líquido pleural identificou um linfoma de grandes células B, compatível com linfoma primário das serosas. A PET-FDG não evidenciou outras localizações da doença. Foi iniciado tratamento com quimioterapia com esquema CHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisona).

Conclusão

O LPS é uma patologia rara e de difícil diagnóstico, sendo muitas vezes confundido com outras doenças inflamatórias. A citologia do líquido pleural ou pericárdico é essencial para o diagnóstico, especialmente na ausência de massas tumorais.

Microangiopatia trombótica – quando a etiologia não é evidente

Liliia Savka; Ana Maria Baltazar; Joelma Mendes; Inês Carvalho Santos; Ana Sofia S. Soares; Nuno Reis Carreira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças raras

Introdução

A síndrome hemolítico-urémica (SHU) é um tipo de microangiopatia trombótica (MAT). SHU atípico é definido como SHU que ocorre em doentes sem infeção coexistente ou doença subjacente, tipicamente causado por ativação descontrolada do sistema de complemento, associado à tríade de anemia hemolítica microangiopática não imune, trombocitopenia e lesão de órgão alvo.

Caso clínico

Mulher, 69 anos. Antecedente de aneurisma da aorta abdominal justa-renal, intervencionada há 1 ano, com exclusão de aneurisma com endoprótese e stenting.

Admitida por trombose de ambos os stents renais, submetida a tromboaspiração, com lesão renal aguda e necessidade de indução dialítica. Posteriormente com trombocitopenia associada a anemia hemolítica microangiopática (LDH e bilirrubina direta elevadas, haptoglobina diminuída), Coombs negativo, sem alteração na coagulação.

SCORE PLASMIC: 4 pontos. ADAMTS13 diminuído (12.5%), acima do cutoff típico para diagnóstico de púrpura trombocitopenia trombótica. Ausência de infeção por E.coli produtora de shiga, sem défice de cianocobalamina, estudo de autoimunidade e serologias infecciosas negativo.

Evolução clínica posterior desfavorável em sépsis com ponto de partida em pneumonia nosocomial sem isolamento de agente, tendo cumprido meropenem e linezolid, com melhoria clínica, da trombocitopenia e da lesão renal

Discussão

As MAT devem ser alvo duma investigação rápida e intensiva, atendendo à mortalidade associada, para que o tratamento seja célere e eficaz, seja com plasmaferese ou outras terapêuticas como o eculizumab, para além do fundamental suporte de órgão, seja por técnica dialítica ou transfusional, atendendo ao elevado risco de progredir para doença renal terminal e ocorrência de fenómenos trombóticos potencialmente fatais.

As manifestações clínicas da doente são compatíveis com SHU atípico vs MAT associada a sépsis, sem evidência de coagulação intravascular disseminada.

EspiroQuê?

**Telma Costa Cabral; Ana Rita Ambrósio; Catarina Bico Filipe; Rita Palma Féria;
Pedro Neto Pinto; Isménia de Oliveira; Ana Grilo**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

As manifestações cutâneas são frequentemente uma pista para doenças sistémicas que transcendem a pele. Este caso realçará a importância da suspeição clínica e do exame histopatológico das lesões cutâneas no diagnóstico diferencial.

Caso Clínico

Mulher de 78 anos, natural da Guiné-Bissau, residente em Portugal com antecedentes de hipertensão, dislipidémia e diabetes *mellitus* tipo 2. Em Junho de 2024, foi medicada com amoxicilina e ácido clavulânico para parotidite à direita. Em Outubro, por reaparecimento de tumefação dolorosa parotídea, realizou novamente amoxicilina e corticóide. Por persistência do quadro escalou-se terapêutica para ceftriaxone. Ao 5º dia de antibiótico, realizou TAC da cabeça, sugerindo neoplasia da parótida direita (66x42x57mm). Foi internada e iniciou piperaciclina-tazobactam. Posteriormente surgiram pápulas eritematosas no tórax, com relevo nodular, de 3-4cm, não pruriginosas. As lesões evoluíram com características de éctima, generalizando-se pelo corpo. No 24º dia de internamento, sem novas lesões e com cicatrização das pré-existentes, teve alta sem diagnóstico definitivo. Em Janeiro de 2025 foi reinternada para estudo de nova úlcera. Mantinha nódulo parotídeo de 1,5cm, cuja biópsia sugeriu inflamação granulomatosa com morfologia de treponema ou *Mycobacterium leprae*. A biópsia cutânea da úlcera mais recente detetou a presença de estruturas compatíveis com treponema. Face ao diagnóstico de treponematose endémica realizou uma toma de penicilina que resultou na remissão das lesões.

Discussão

As treponematoses endémicas, Yaws, Bejel e Pinta, causadas respetivamente, pelo *Treponema pallidum* subespécie *pertenue*, *T. pallidum* subespécie *endemicum* e *T. carateum*, são morfológica e serologicamente indistinguíveis do *T. pallidum* subespécie *pallidum*. O exame histopatológico das lesões cutâneas permitiu desvendar este caso de evolução atípica, inicialmente com dois episódios de parotidite e com TAC a sugerir neoplasia.

Doença Desmielinizante Associada à Presença de Anti- MOG: Um Desafio Diagnóstico

Ana Maria Baltazar; Liliia Savka; Joelma Mendes; Ana Sofia Soares; Inês Carvalho Santos; João Porto Pires; Nuno Reis Carreira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A Doença Desmielinizante Associada à Presença de Anticorpos Anti-Glicoproteína Oligodendrocítica da Mielina (MOGAD) é uma doença desmielinizante rara que afeta principalmente o nervo óptico e a medula espinhal. Mais comum em jovens adultos, pode ocorrer em idosos. Ilustra-se o desafio diagnóstico da MOGAD num doente com quadro clínico sugestivo, mas com resultados negativos para os anticorpos mais comuns, como os anti-AQ-4. A marcha diagnóstica descrita foi crucial para o diagnóstico.

Caso clínico

Homem de 66 anos com perda súbita da acuidade visual no olho direito. História prévia de perda súbita da visão do olho esquerdo, com diagnóstico de neuropatia óptica isquémica anterior (NOIA) não arterítica, tratada com valaciclovir. Apresentava pressão intraocular normal, edema do disco óptico no olho direito e atrofia do nervo óptico esquerdo. Exames laboratoriais revelaram anticorpos anti-MOG positivos no soro, mas pesquisa de Anti-AQ-4 foi negativa. A ressonância magnética documentou hipersinal do nervo óptico direito, sem lesões sugestivas de esclerose múltipla. O doppler dos vasos do pescoço apresentava halo inflamatório nas artérias temporais superficiais, sugerindo arterite de células gigantes, tendo iniciado corticoterapia pulsada após realização de biópsia. A biópsia da artéria temporal foi negativa para arterite de células gigantes, mas a clínica e exames adicionais sustentaram o diagnóstico de MOGAD.

Discussão

O diagnóstico de MOGAD em doentes idosos pode ser desafiante devido à raridade da doença nesta faixa etária e à sobreposição com outras condições, como a NOIA. A pesquisa de anticorpos anti-MOG no soro foi fundamental para o diagnóstico, especialmente considerando a ausência de anticorpos anti-AQ-4. A evolução clínica com estabilidade da acuidade visual após tratamento com corticóides confirma a eficácia do protocolo terapêutico. Este caso destaca a importância de considerar MOGAD no diagnóstico diferencial de neuropatias ópticas e a necessidade de um acompanhamento rigoroso para excluir diagnósticos alternativos.

Utilização do ácido obeticólico (OCA): será benéfico ou não na Colangite Biliar Primária

Carolina R. Oliveira; Laura Oliveira Cainé; Dany Cruz; Flávia Freitas; Alexandra Leitão; Carlos S. Oliveira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BARCELOS/ESPOSENDE

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Introdução

Em 2024, o Comité de Medicamentos para Uso Humano da EMA concluiu que os benefícios do OCA não superam os riscos, baseado no ensaio Cobalt, que não mostrou benefícios na prevenção de descompensação, morte ou transplante em doentes com CBP (Colangite Biliar Primária). Contudo, várias entidades portuguesas expressaram apreensão, considerando as limitações do ensaio, as evidências de outros estudos sobre a eficácia do OCA e a falta de terapêutica de 2ª linha aprovada, deixando doentes sem alternativa terapêutica.

Casos Clínicos

Conjunto de casos clínicos de 4 mulheres, idades entre 45 e 60 anos, seguidas em consulta externa de Hepatologia por CBP, sem outros antecedentes relevantes. Todas com resposta insatisfatória ao ácido ursodesoxicólico (UCDA) e fibrato segundo os critérios Paris-II. Caso 1: Previamente à associação de OCA apresentava Fosfatase Alcalina (FA) de 197 U/L e uma Gama-glutamilttransferase (GGT) de 47 U/L. Após o início de OCA verificou-se uma redução no valor de FA de >16% e normalização de GGT. Caso 2: Apresentava FA de 236 e GGT de 102, dada a não resposta bioquímica, iniciou-se OCA. Após 1 ano de tratamento verificou-se melhoria analítica, apresentando uma FA de 197 e uma GGT de 57. Caso 3: Apresentou valores de FA 362 e de GGT 219 sob tratamento com UCDA e fibrato, sem resposta bioquímica, Um mês após associação de OCA, apresentava FA de 108 e GGT de 51. Caso 4: Encontrava-se sob tratamento de UCDA, com FA 153 e GGT 93, iniciou tratamento com OCA. Reavaliação 3 meses depois verificou-se melhoria significativa com valores de FA de 80 e GGT de 38. Um ano após manteve valores analíticos estáveis, apresentando FA de 73 e GGT de 36.

Apenas a doente do caso 3 apresentava elastografia com fibrose superiores a F0, F2/F3, ainda sem elastografia de controlo após ajuste do tratamento. As restantes mantiveram nível F0, sem progressão da doença em elastografia de controlo.

Conclusão

Os casos clínicos mostram a eficácia do OCA no tratamento da CBP, particularmente em doentes com resposta insatisfatória ao UCDA. O OCA reduz significativamente a FA, GGT e rigidez hepática, diminuindo a probabilidade de descompensação. Embora a EMA tenha concluído que os benefícios não superam os riscos, os dados sublinham a importância do OCA como opção terapêutica, dada a falta de alternativas de segunda linha para a CBP.

Síndrome de Sweet Pós-Infecciosa: Quando Suspeitar e Como Tratar?

Didier Martinez¹; Elisabete Jorge¹; Liliana Freitas²; Sandra D. Santos¹; Daniela Marado¹

¹ CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA / HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA COVA DA BEIRA

Tema: Doenças raras

Introdução

A Síndrome de Sweet é uma dermatose neutrofílica rara, frequentemente associada a infecções, neoplasias ou doenças autoimunes. O reconhecimento precoce é essencial para evitar complicações e instituir o tratamento adequado. Este caso destaca uma apresentação pós-infecciosa numa paciente previamente saudável, reforçando a importância da correlação clínica e histopatológica para o diagnóstico diferencial com outras dermatoses inflamatórias e infecciosas.

Caso Clínico

Mulher, 45 anos, previamente saudável, com história de amigdalite tratada com amoxicilina/ácido clavulânico. Dois dias após o término do antibiótico, desenvolveu múltiplas lesões nodulares (5-10), eritematosas, dolorosas ao toque, com superfície pseudo-mamilada, localizadas no tronco superior.

Diante do quadro clínico, considerou-se a hipótese de Síndrome de Sweet pós-infecciosa. Foi realizada biópsia cutânea, evidenciando infiltrado inflamatório neutrofílico perivascular, perianexial e intersticial na derme superficial e média, com edema da derme papilar e sem sinais de vasculite. Os achados histopatológicos foram compatíveis com o diagnóstico de dermatose neutrofílica.

Iniciou-se metilprednisolona em esquema decrescente (48 mg/dia por 5 dias, com reduções progressivas até 8 mg/dia) e inibidor da bomba de prótons (IBP). A paciente apresentou melhoria clínica inicial, no entanto, perdeu-se o seguimento por esta ter emigrado para outro país, recebendo orientação para continuidade da investigação e tratamento.

Discussão

A Síndrome de Sweet pós-infecciosa é uma entidade clínica que deve ser considerada em pacientes com lesões cutâneas inflamatórias dolorosas e com antecedente infeccioso recente. O diagnóstico é essencialmente clínico e histopatológico, sendo a ausência de vasculite um critério importante para diferenciação com outras doenças inflamatórias e vasculíticas.

Este caso destaca a relevância do diagnóstico precoce e da intervenção terapêutica com corticosteroides para o controlo do processo inflamatório. Além disso, reforça a necessidade de seguimento clínico contínuo, especialmente em casos com evolução incerta. O reconhecimento desta condição pode evitar abordagens terapêuticas inadequadas e melhorar o prognóstico dos pacientes.

Um caso raro de anemia hemolítica não imune por défice severo de B12

Inês Duro; Rodrigo Meneses Monteiro; Rute Sousa Martins; Arlindo Guimas

CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, EPE / HOSPITAL GERAL DE SANTO ANTÓNIO

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

O défice de vitamina B12 é um distúrbio comum que cursa com um amplo leque de manifestações. Em raros casos, pode resultar em anemia hemolítica, uma manifestação mal compreendida e sub-representada na literatura, cujo diagnóstico atempado depende de uma elevada suspeição clínica.

Caso clínico

Homem, 73 anos, autónomo, com antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) GOLD 3-A, diabetes mellitus tipo 2 e cirrose hepática *Child-Pugh A*. Apresentou-se no Serviço de Urgência com astenia, dispneia progressiva e insuficiência respiratória (IR) tipo 1. Negados outros sintomas, história de perdas hemáticas, restrições dietéticas ou etilismo crónico. Analiticamente, anemia macrocítica de novo, 8.0g/dL, e trombocitopenia de 108,000/ μ L, com DHL de 1552 U/L. Estudo analítico complementar com evidência de défice grave de vitamina B12 (<100pg/mL), confirmado pela presença de hiperhomocistemia (65.7 μ mol/L) e elevação de ácido metilmalónico (8597nmol/L), associado a haptoglobina indoseável (<0.3 d/L). Esfregaço de sangue periférico a mostrar esquizócitos e testes de antiglobulina direto e indireto negativos. Ácido fólico no limite inferior do normal, sem outros défices vitamínicos ou ferropenia. Assumida anemia hemolítica não imune secundária a défice grave de vitamina B12, tendo iniciado suplementação de acordo. IR filiada em exacerbação aguda de DPOC. Estudo etiológico exaustivo (a incluir metabólico) inconclusivo, tendo sido assumida mais provável etiologia multifatorial no contexto de achados de pancreatite crónica e gastrite atrófica em associação a uso crónico de metformina, que foi suspensa. Evolução favorável sob suplementação, inicialmente intramuscular, e depois oral, sem manifestações adicionais de défice de B12.

Discussão

O défice de vitamina B12 é uma causa rara, mas reversível, de anemia hemolítica, cujo tratamento é inócuo. A sua integração no diagnóstico diferencial inicial da hemólise pode evitar os riscos e custos associados a exames e terapias invasivas desnecessárias.

Colangite esclerosante primária de pequenos ductos: uma entidade invisível aos olhos

Inês Machado Martins; Vanessa Barcelos; Maria Guadalupe Benites; Filipa Ávila; Catarina Machado; Leonor Monjardino

HOSPITAL DE SANTO ESPÍRITO DA ILHA TERCEIRA

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Introdução

A colangite esclerosante primária (CEP) é uma doença crónica caracterizada pela fibrose dos ductos biliares intra e/ou extrahepáticos. Manifesta-se por fadiga, prurido, dor abdominal, febre e citocolestase. O seu diagnóstico é tipicamente estabelecido pela presença de irregularidades das vias biliares, com estenoses multifocais na colangiografia. No entanto, a colangiografia pode ser normal numa pequena percentagem de doentes que apresentam uma variante rara de CEP, designada CEP de pequenos ductos (CEPPD). A biópsia hepática deve ser reservada quando existe suspeita desta patologia.

Caso clínico

Homem de 58 anos, com múltiplos internamentos recentes por dor abdominal, febre e agravamento de citocolestase hepática com AST 181-492 U/L, ALT 295-492 U/L, FA 1284-1331 U/L, GGT 1268-1640 U/L e hiperbilirrubinémia ligeira. Tratado várias vezes de acordo com provável colangite aguda, tendo sido submetido a colecistectomia eletiva por colangite aguda secundária a coledocolitíase. Estudo imunológico, nomeadamente, com anticorpo antimitocondrial foi negativo e as serologias víricas com principais vírus hepatotrópicos não mostraram alterações. As colangiografias, incluindo colangioressonância (CPRM) e colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), realizadas durante os sucessivos internamentos foram inconclusivas. Por fim, realizada biópsia hepática que demonstrou achados anatomopatológicos compatíveis com colangite esclerosante. Foi pedido estudo genético. Iniciou tratamento com ácido ursodesoxicólico, apresentando excelente resposta clínica e analítica, com AST 54 U/L, ALT 50 U/L, FA 650 U/L, GGT 680 U/L e bilirrubina total de 0.64 mg/dL.

Discussão

A CEPPD é uma entidade rara, com poucos casos descritos na literatura. O reconhecimento desta patologia é fundamental, devendo ser considerada em doentes com colestase crónica e colangiografia inconclusiva.

Histiocitose de células de Langerhans no adulto: um diagnóstico inesperado

Inês Duro; Catarina Ferreira Duarte; Patrícia Neves; Tânia Lopes; Luísa Viveiros; Gonçalo Carrola; Nuno Jorge Lamas; Filipa Abelha Pereira; Irene Marques

CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, EPE / HOSPITAL GERAL DE SANTO ANTÓNIO

Tema: Doenças raras

Introdução

A histiocitose de células de *Langerhans* (HCL) é uma entidade clonal rara, de etiologia mal compreendida, associada a mutações da via da proteína quinase ativada por mitógenos, mais comumente a BRAFV600E, seguida da MAPK2K1. Cursa com atingimento heterogéneo, afetando sobretudo crianças. Nos raros casos descritos em adultos, o envolvimento pulmonar é tipicamente unissistémico, sintomático, e quase universalmente associado ao tabagismo.

Caso clínico

Homem, 73 anos, fumador pesado, com diagnóstico recente de síndrome obstrutivo misto GOLD 3-E no contexto de pneumonia pneumocócica direita. Do estudo complementar à data, objetivados nódulos pulmonares bilaterais e adenomegalias mediastino-hilares, tendo sido referenciado a consulta. Reavaliação imagiológica aos 8 meses a mostrar aparecimento de novas formações nodulares com aumento dimensional de algumas prévias, com contornos espiculados, predomínio superior e médio, e de carácter suspeito. Clinicamente, dispneia mMRC1, sem outros sintomas, incluindo constitucionais. Caracterização por tomografia por emissão de positrões com evidência de hiper captação metabólica das lesões e formações ganglionares, de carácter inconclusivo. Lavado bronco-alveolar, aspirado e escovado brônquicos e pulmonares, e biópsia aspirativa de massas mediastínicas por ecobroncoscopia sem achados patológicos. Tomografia computarizada abdominopélvica e cranioencefálica a destacar apenas incidentaloma suprarrenal. Biópsia pulmonar compatível com HCL, com identificação da variante genética patogénica MAP2K1 p.K57N (c.171G>T). Aconselhada cessação tabágica. Referenciado a consulta dedicada. À data, clínica e imagiologicamente estável.

Discussão

Este raro caso de HCL pulmonar no adulto sublinha a importância de uma investigação etiológica minuciosa e abrangente, mesmo em casos assintomáticos. Destaca-se pela ausência do fenótipo parenquimatoso típico de HCL, ilustrando o papel da biópsia no diagnóstico diferencial de nódulos pulmonares.

Uma causa rara de insuficiência da suprarrenal

Inês Machado Martins; Vanessa Barcelos; Maria Guadalupe Benites; Catarina Machado; Teresa Rego; Leonor Monjardino

HOSPITAL DE SANTO ESPÍRITO DA ILHA TERCEIRA

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

O linfoma primário da suprarrenal (LPSR) é uma entidade extremamente rara, representando apenas 1% dos linfomas não-Hodgkin. O LPSR afeta maioritariamente homens idosos e apresenta atingimento bilateral em 70% dos casos. As manifestações mais comuns incluem dor localizada, fadiga, sintomas B e, nos casos mais graves, insuficiência suprarrenal.

Caso clínico

Mulher de 77 anos, parcialmente dependente para as atividades da vida diária, com diagnóstico recente de síndrome depressivo e doença de Parkinson. Foi admitida em internamento por tromboembolismo pulmonar, sem fator precipitante, pelo que face à suspeita de quadro paraneoplásico, realizou tomografia computadorizada (TC) toracoabdominopélvica que revelou aumento bilateral das suprarrenais. Durante o internamento apresentou hipotensão persistente, adinamia progressiva, febre bi-diária. Analiticamente, com pancitopenia, hiponatrémia e hipercaliémia ligeiras e níveis elevados de lactato desidrogenase. Apresentava cortisol basal sérico de 7,6 µg/dL, com ACTH elevada (478 pg/mL). A prova de estimulação com ACTH não demonstrou elevação significativa dos níveis de cortisol sérico aos 30 e 60 minutos, confirmando insuficiência suprarrenal primária. Iniciou terapêutica com hidrocortisona endovenosa, com franca melhoria sintomática. A biópsia da suprarrenal guiada por TC confirmou o diagnóstico de linfoma não-Hodgkin B difuso de grandes células. A doente foi transferida ao cuidado da Oncologia e iniciou esquema de quimioterapia com R-CVP (rituximab + ciclofosfamida + vincristina + prednisolona), com resposta clínica favorável.

Discussão

O LPSR está associado a um mau prognóstico, com evidência de resposta à quimioterapia em estadios iniciais. Assim, pretende-se alertar para a sua raridade e gravidade, salientando a importância da sua suspeição clínica perante aumento bilateral das suprarrenais.

Relembrando o linfoma gastrointestinal – a propósito de 3 casos clínicos

Joana Formiga Viegas; João Bernardo Pereira; Inês Carvalho Sousa; Ana Paula Vilas

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, EPE / HOSPITAL DE SANTA MARIA

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

O linfoma extraganglionar mais frequente é o gastrointestinal (GI), ocorrendo em 20-40% dos casos. Habitualmente em relação com a disseminação extraganglionar do linfoma, pode surgir como lesão primária do trato GI, podendo acometer qualquer um dos seus pontos. O estômago é o local mais frequentemente envolvido, seguido da transição ileocecal, cólon e esófago. Por outro lado, 3-4% dos tumores GI são linfomas. Embora estes se possam apresentar com os clássicos sintomas B, usualmente as manifestações dependem do local afetado, confundindo-se frequentemente com patologias GI mais frequentes. Apresentamos três casos ilustrativos.

Casos Clínicos

1). Mulher de 52 anos, com linfoma do manto, com queixas dispépticas exuberantes e refratárias a tratamento médico otimizado, que se concluiu serem por envolvimento gástrico do linfoma. 2). Homem de 68 anos, com LNH B de alto grau com envolvimento ileocecal, manifestado por vômitos, diarreia e distensão abdominal. 3). Mulher de 84 anos, com linfoma folicular do cólon sigmoide, manifestado por dor na fossa ilíaca direita e hepatite citocolestática.

Discussão

Em todos os casos, trata-se duma disseminação extraganglionar dum linfoma. Nenhum deles, no entanto, se manifestou por sintomas B, relacionando-se as queixas dos doentes com o local GI envolvido. O 1º caso ilustra a importância de, nos doentes com linfoma, não desvalorizar queixas GI refratárias a terapêutica médica adequada; ilustra também a importância de fazer exames endoscópicos com biopsias em doentes com queixas GI refratárias a tratamentos médicos adequados, pois podem ser a sua 1ª manifestação, como na realidade o foram neste caso. Nos restantes casos, os exames de imagem foram fundamentais para se colocar a suspeita diagnóstica. O conjunto dos casos relembra o envolvimento GI pelos linfomas.

Angioimmunoblastic T-cell lymphoma – Challenges in Diagnosis

Tiago Dias da Costa; António Mateus - Pinheiro; Sónia Moreira; Isabel Fonseca; Lèlita Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças hematológicas

Introduction

Angioimmunoblastic T-cell lymphoma (AITL) is a T-cell neoplasm with an overall survival of around 30% after 5 years (1).

Clinical Case

A man in his 70s, previously diagnosed with bilateral optic neuropathy, presented to the emergency department due to a progressively worsening history of asthenia, weight loss and polyarthralgia. A recent brain magnetic resonance imaging showed multiple lesions in white matter (corona radiata and centra semiovalia). On physical examination he presented pale skin and dizziness. Initial laboratory investigations showed decreased levels of hemoglobin (4.9 g/dL) and haptoglobin (<0.07 g/L), and elevated levels of creatinine (1.78 mg/dL), LDH (484 U/L) and total bilirubin (2.1 mg/dL, with normal direct bilirubin). Direct antiglobulin test detected IgM (4+) and IgG (2+) antibodies and C3d (3+). This presentation aligned with mixed-type autoimmune haemolytic anaemia leading to admission to the Internal Medicine ward for further investigation. Additional studies for infectious and autoimmune diseases showed a cryoglobulinemia type 3 with polyclonal IgG and IgM. Considering the high suspicion of an underlying lymphoproliferative disorder he underwent a positron emission tomography scan that showed numerous supra and infradiaphragmatic hypermetabolic lymph nodes and an increased uptake of 18F-FDG in spleen and skeleton. Subsequently, an ultrasound guided needle biopsy of the spleen was performed. Histopathology examination revealed follicular infiltration by T-cells with a follicular helper T phenotype. These findings along with immunophenotypic features disclosed an AITL. Chemotherapy with CHOP was started, however, the patient's overall condition rapidly deteriorated and died within two months of starting medication.

Discussion

This case illustrates the challenges in diagnosing AITL, as the primary manifestation - cryoglobulinemic vasculitis with central nervous system manifestations, occurred three months prior to the diagnostic, leading to delayed diagnosis and treatment initiation.

References

1. Piris, M. A., Rodriguez-Pinilla, S. M., Santonja, C., Betancor, I., Alonso-Alonso, R., Gru, A. A., & Rodriguez, M. (2019). Update on peripheral T-cell lymphomas with T-helper phenotype: Are there too many subtypes? *Seminars in Diagnostic Pathology*

Síndrome hemofagocítica secundária a endocardite a *Bartonella spp*

Inês Machado Martins; Vanessa Barcelos; Maria Guadalupe Benites; Catarina Machado; Leonor Monjardino

HOSPITAL DE SANTO ESPÍRITO DA ILHA TERCEIRA

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A endocardite infecciosa (EI) a *Bartonella spp.* deve ser considerada como possível etiologia em endocardites com culturas negativas. O seu diagnóstico baseia-se nos antecedentes epidemiológicos e na confirmação serológica. A síndrome hemofagocítica (SHF) é uma condição rara e potencialmente fatal, resultante da ativação desregulada do sistema imune, podendo ser desencadeada por infeções como a EI. As manifestações clínicas e laboratoriais podem ser inespecíficas, sendo febre e citopenia as mais comuns.

Caso clínico

Relata-se o caso de um homem de 55 anos, em estudo por quadro com seis meses de evolução de perda ponderal significativa, hepatoesplenomegalia e hipergamaglobulinemia, tendo realizado medulograma com suspeita de doença linfoproliferativa, mas com biópsia óssea discordante. Foi admitido em internamento para prosseguir estudo, com múltiplas intercorrências, destacando-se quadro de insuficiência cardíaca aguda no contexto de EI com hemoculturas seriadas negativas. Apresentou evolução desfavorável com insuficiência aórtica grave, sendo submetido a valvuloplastia aórtica. Após cirurgia, foi transferido ao cuidado da Medicina Interna, sendo o internamento marcado por pancitopenia persistente, hiperferritinemia e elevação da LDH, levantando a suspeita de SHF. O doseamento do receptor solúvel IL-2 demonstrou elevação duas vezes o limite superior da normalidade e a revisão das lâminas da biópsia óssea evidenciou imagens de hemofagocitose. Para melhor esclarecimento da etiologia da EI, foram pedidas serologias de *Bartonella spp.* com título de IgG de 1:640. O exame cultural da válvula cardíaca foi negativo. Admitiu-se SHF secundária a EI a *Bartonella spp.*, pelo que o doente cumpriu tratamento com doxiciclina, rifampicina e corticoterapia sistémica. Apresentou evolução clínica favorável com resolução das citopenias.

Discussão

O diagnóstico de SHF constitui um desafio dada a sua raridade e clínica variável. Pretendemos alertar para o seu reconhecimento atempado dado que, sem tratamento precoce, é frequentemente fatal.

Anemia Megaloblástica Grave com Apresentação Atípica: Um Diagnóstico Desafiante

PEDRO MIGUEL PIRES MOULES; Rita Palma Féria; Madalina Gututui; Fernando Martos Gonçalves; Ana Grilo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A anemia megaloblástica resulta de deficiência de vitamina B12 e/ou ácido fólico, levando à produção de eritrócitos grandes e imaturos, podendo em alguns casos manifestar-se de forma semelhante à anemia hemolítica.

Caso clínico

Apresenta-se o caso de um homem de 74 anos, autónomo, com hipertensão arterial e dislipidemia. Encaminhado ao serviço de urgência pelos cuidados de saúde primários por cansaço com uma semana de duração, com agravamento progressivo e perda de peso não quantificada. Ao exame, apresentava mucosas pálidas, sem outras alterações.

Os exames laboratoriais mostraram hemoglobina de 3,8 g/dL, trombocitopenia de 75.000/ μ L, creatinina de 2,33 mg/dL, ureia de 112 mg/dL, hiperbilirrubinemia ligeira, haptoglobina indoseável e LDH de 8398 U/L. O esfregaço de sangue periférico revelou anisopoiquilocitose, esquizócitos e neutrófilos hipersegmentados. Teste de Coombs negativo.

Admitida anemia hemolítica microangiopática e iniciado investigação etiológica com tomografia computadorizada toraco abdomino pélvica que não apresentou alterações e doseamento de ADAMTS 13, que foi negativo. Também realizou endoscopia digestiva alta que revelou mucosa atrófica. O anticorpo anti-células parietais foi positivo e a vitamina B12 indoseável e ácido fólico diminuído.

Realizado suporte transfusional e suplementação de vitamina B12 e ácido fólico.

Os resultados obtidos e a melhoria clínica e analítica permitiram excluir a purpúria trombocitopénica trombótica e síndrome hemolítica urémico. Admitido assim anemia megaloblástica por défice de vitamina B12.

Discussão

Este caso evidencia uma anemia megaloblástica grave associada a hemólise e trombocitopenia, destacando a complexidade do seu manuseamento. A anemia megaloblástica pode partilhar algumas características com anemia hemolítica autoimune, já a expressão como anemia hemolítica microangiopática é mais rara, implicando a exclusão de outras entidades ou contextos clínicos paraneoplásicos.

Doença de Chagas – Uma Patologia Migrante

Catarina Freitas Artilheiro; Turecas Erasmo; Tomás Nunes; Andreia Nunes; Pedro Beirão

HOSPITAL GARCIA DE ORTA, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A Doença de Chagas é uma zoonose endémica na América Latina, provocada por *Trypanosoma cruzi*. Esta doença pode evoluir para formas agudas e/ou crónicas com potenciais complicações cardíacas e gastrointestinais graves.

Caso Clínico

Mulher, 71 anos, natural do Brasil, com antecedentes de cardiomegalia não estudada. Recorreu ao serviço de urgência por dispneia, pieira e disfagia distal. À observação, verificava-se presença de polipneia e tiragem sob O₂ a 4L/min associada a murmúrio vesicular rude com crepitações dispersas, tendo sido necessário suporte ventilatório transitório por exaustão respiratória. Do estudo inicial, destaca-se: Insuficiência Respiratória Parcial, cardiomegalia associada a padrão de Bloqueio Completo de Ramo Esquerdo e extrassístolia ventricular em ECG. Foi internada, admitindo-se o diagnóstico de Insuficiência Cardíaca (IC) descompensada de etiologia a esclarecer. Adicionalmente, verificou-se cardiomiopatia dilatada, hipocinésia difusa do ventrículo esquerdo e compromisso da função sistólica global (FEj < 20%) em Ecocardiograma Transtorácico. Por ausência de fatores de risco cardiovasculares e envolvimento cardíaco e digestivo em doente proveniente do Brasil, foi colocada a hipótese de Doença de Chagas. Foram pedidas serologias para *T. cruzi* (positivas), confirmando o diagnóstico. Dada doente em fase determinada da doença, foi iniciada terapêutica modificadora de prognóstico de IC, não existindo indicação para tratamento antiparasitário nesta fase da doença. Foi encaminhada para consulta de Miocardiopatias, onde aguarda RM cardíaca.

Discussão

A doença de Chagas é subdiagnosticada fora de áreas endémicas, devendo ser considerada em doentes ou filhos de mães provenientes de áreas endémicas. Dado que em Portugal 35,3% da população imigrante é proveniente do Brasil (368.445 habitantes segundo dados de 2024), a Doença de Chagas é uma etiologia de Miocardiopatia Dilatada que não deve ser esquecida.

Seroconversão à vista

MARTA BAIÃO; Cassiana Vasconcelos; Inês Nogueira da Fonseca; Inês Vaz Pinto; Diogo Cruz

HOSPITAL DE CASCAIS

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A infeção aguda pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) pode ser assintomática ou apresentar-se como uma síndrome viral aguda. Em cerca de 10% dos casos há sintomas neurológicos, como a meningite asséptica

Os autores apresentam o caso de uma mulher com 18 anos, com história de epilepsia, admitida por um quadro de cefaleias, odinofagia, fotofobia e mialgias. À admissão hospitalar, encontrava-se febril, hipotensa, taquicárdica, prostrada e com sinais meníngeos. Foi realizada punção lombar, cujo líquido não apresentava alterações bioquímicas de relevo. Referiu contacto sexual recente com um parceiro novo portador de infeção VIH desde a infância (transmissão vertical) mas aparentemente medicado e bem controlado. Laboratorialmente, com pancitopenia grave, agP24 positivo, teste confirmatório VIH negativo e carga viral sérica VIH1 de 29.063.700 cópias/mL. No líquido foi detetada uma carga viral VIH1 de 4882 cópias/mL. Considerou-se o diagnóstico de infeção aguda pelo VIH e meningite asséptica pelo mesmo agente. Foi iniciada terapêutica antirretroviral no imediato, com melhoria clínica e laboratorial, e teve alta clínica, orientada à consulta de imunodeficiência. Duas semanas após a alta, apresentava redução da carga viral (13417 cópias/mL), estando indetetável após 2 meses de terapêutica.

O diagnóstico de infeção aguda por VIH exige uma elevada suspeição clínica por mimetizar outras infeções virais. Este caso destaca-se pela severidade incomum da sintomatologia e das alterações laboratoriais (pancitopenia grave), que motivaram o internamento. Reforça ainda a importância do cumprimento terapêutico para se garantir o pressuposto da mensagem de indetetável igual a intransmissível (I = I), evitando a transmissão da infeção.

Hemofilia A adquirida na infecção assintomática por SARS-CoV-2

**Inês Carvalho Santos; Diana Marques; Ana Maria Baltazar; Teresa Fonseca;
António Martins Baptista; Liliana R Santos**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças hematológicas

A hemofilia A adquirida (HAA) é uma discrasia hemorrágica rara, causada pela produção de auto-anticorpos contra o fator VIII, com 2 picos de incidência, durante a gravidez e após os 60 anos. O tratamento passa pela imunossupressão, sendo o tempo de remissão médio de 5 semanas. A atividade do fator VIII e a quantidade de inibidor são fatores prognósticos. Destaca-se aqui um caso raro de HAA pela sua refratariedade às primeiras linhas terapêuticas, tempo de remissão, atipia do doente afetado e associação com infecção SARS-CoV-2.

Apresenta-se o caso de uma jovem de 23 anos, leucodérmica, sem antecedentes pessoais de relevo. Recorreu ao seu médico assistente de Medicina Geral e Familiar por hematomas subcutâneos espontâneos generalizados. Realizou avaliação laboratorial, do qual se destacava um prolongamento do tempo de tromboplastina parcial ativada (aPTT) (44 segundos). A doente foi referenciada à consulta de Medicina Interna, tendo ficado internada para investigação etiológica e vigilância. No internamento foi iniciada marcha diagnóstica, com doseamento de fatores de coagulação destacando-se diminuição seriada do fator VIII (< 1%) e aumento do seu inibidor (107 UB). Foi completado estudo etiológico auto-imune, neoplásico e infeccioso, destacando-se apenas anticorpos anti-SARS-CoV-2 positivo em título alto compatível com infecção recente. Foi iniciada terapêutica imunossupressora com rituximab após refratariedade à terapêutica inicial com corticoterapia e ciclofosfamida, com recuperação clínica e laboratorial progressiva. A doente teve alta com resposta mantida após a terapêutica.

Em suma, é importante um alto grau de suspeição, nomeadamente em doentes que se apresentam com hematomas subcutâneos e prolongamento do aPTT. Neste casos, é essencial o início atempado de terapêutica imunossupressora de modo a evitar complicações hemorrágicas.

Síndrome de Taquicardia Postural Ortostática Pós-Vacinação SARS-CoV-2: Associação Causal ou Casual?

Carla Costa; José Miguel Santos; Beatriz Gonzaga; Gonçalo Peres; Nuno Aleman-Serrano; Nina Jancar

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

POTS é uma disautonomia caracterizada por aumento sustentado da frequência cardíaca em ortostatismo, frequentemente associada a fadiga, intolerância ao ortostatismo e sintomas neurocognitivos. Relatos sugerem o seu surgimento após infeção ou vacinação contra SARS-CoV-2, apontando para um possível mecanismo imunomediado. Embora a relação com a vacinação ainda careça de esclarecimento, a sua identificação levanta desafios diagnósticos e terapêuticos, exigindo mais investigação para melhor compreensão e otimização da abordagem clínica.

Caso Clínico

Homem, 54 anos, com quadro de cansaço para pequenos esforços e intolerância para ortostatismo após vacinação com vacina contra SARS-CoV2. Realizou em contexto de estudo etiológico avaliação analítica, TC de tórax, provas de função respiratória, prova de marcha de 6 minutos, ecocardiograma transtorácico, prova de esforço e Holter de 24h, sem alterações. RM cardíaca com duvidoso realce subepicárdico anterior. Teste de tilt com critérios de taquicardia postural ortostática e síncope vaso-vagal tipo 3. Iniciou tratamento com fludrocortisona e midodrina com resposta parcial. Face à persistência dos sintomas, iniciou imunoglobulina intravenosa (IgIV), com melhoria progressiva da tolerância ortostática e redução sintomática.

Discussão

Este caso sugere o POTS como disfunção autonómica pós-vacinal, reforçando a importância de uma suspeição clínica elevada desta patologia em contextos pós-infecciosos e pós-vacinais. A resposta favorável à IgIV sugere um mecanismo imunomediado e destaca a necessidade de melhor compreender a fisiopatologia do POTS nestes casos. Em doentes refratários às terapêuticas convencionais, a imunomodulação pode ser uma alternativa eficaz. O reconhecimento precoce e uma abordagem personalizada são essenciais para otimizar a funcionalidade e a qualidade de vida destes doentes.

Neurocisticercose: um caso de crise epilética secundária numa região não endémica

Ana Rita Dos Santos Ribeiro; Maria Margarida Rosado; Ricardo Ralha Martins; Ricardo C Pais; João Aurélio; Raquel Borges Pinho; Nuno Bernardino Vieira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALGARVE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A neurocisticercose é a infeção parasitária mais comum do sistema nervoso central (SNC). É uma das principais causas evitáveis de epilepsia no mundo, com alta prevalência em África, América Central e Ásia. Nos países desenvolvidos, a incidência tem aumentado devido à migração global.

Caso clínico

Homem, 32 anos, natural de Cabo Verde, residente em Portugal há 6 meses, apresentou um episódio de convulsão tónico-clónica generalizada, autolimitada, durante o sono, com posterior cefaleia frontal direita. Ao exame objetivo sem défices focais. Analiticamente com leucopenia, sem eosinofilia. A Tomografia Computorizada Crânio-encefálica evidenciou lesões corticais na região frontal anterior direita, hipodensas e com foco calcificado. Realizou Ressonância Magnética Crânio-encefálica (RM CE), que mostrou múltiplas lesões arredondadas com realce em anel e com formações filiformes no interior. Admitiu-se o diagnóstico de neurocisticercose e iniciou tratamento com albendazol, praziquantel, associado a dexametasona e levetiracetam durante 15 dias. Um mês após a alta repetiu RM CE que revelou melhoria imagiológica, com diminuição das lesões e resolução do edema.

Discussão

A neurocisticercose afeta mais frequentemente pessoas provenientes de países endémicos, como no caso descrito. A fisiopatologia resulta da ingestão de ovos de *Taenia solium*, presentes em alimentos contaminados ou por autoinfeção. Na localização parenquimatosa, a manifestação mais comum é a crise epilética e o diagnóstico baseia-se na conjugação entre a clínica, epidemiologia e neuroimagem, sendo a RM CE o exame de eleição. Este caso destaca a relevância do reconhecimento da neurocisticercose como diagnóstico diferencial no doente com crise epilética e lesões ocupando espaço do SNC, devido ao aumento da migração e viagens internacionais, para evitar atraso no diagnóstico e tratamento.

Histiocitose de células de Langerhans: lesão óssea há mais de 10 anos

Maria João Matos Rocha; Gabriela Silva; Rita Ventura; Mariana Coelho; Ana Mota Magalhães; Cátia Almeida; Ana Rita Ramalho; Maja Petrova; Pereira de Moura; Lèlita Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A histiocitose de células de Langerhans (HCL) é uma neoplasia mielóide inflamatória, onde ocorrem mutações ativadoras da via da proteína quinase. Há proliferação clonal de células de Langerhans patogénicas num ou mais órgãos e a apresentação clínica varia desde lesões ósseas simples ao envolvimento multisistémico com mau prognóstico. O diagnóstico é feito por biópsia dos tecidos, com presença de CD1a e langerina (CD207), sendo frequentes mutações no codão 600 do gene BRAF.

Caso clínico

Doente do sexo masculino, 75 anos seguido em consulta por hipercalcemia com mais de 10 anos de evolução. Tinha antecedentes de hipertensão, diabetes tipo 2, insuficiência cardíaca e doença renal crónica estadio IIIA. Apurou-se que o doente tinha uma lesão expansiva intradiploica de natureza osteolítica parietal direita com extensão endocraniana extra-axial epidural, sem sinais de invasão do parênquima, com pelo menos 10 anos de evolução, em RM crâneo-encefálica. Para proceder ao diagnóstico diferencial de hipercalcemia, identificou-se elevação marcada da IgE (90278 UI/ml), com as restantes imunoglobulinas normais, assim como micronódulos pulmonares dispersos – alguns calcificados – em TC de tórax. Foi solicitada broncofibroscopia, que identificou abundantes histiócitos. Após discussão multidisciplinar com a Neurorradiologia e Neurocirurgia, foi colocada a hipótese da lesão lítica se enquadrar na HCL ou num plasmocitoma produtor de IgE, tendo a biópsia confirmado o diagnóstico de HCL. Foram excluídas endocrinopatias através de estudo hormonal, e o doente foi referenciado para a consulta de Hematologia para decisão terapêutica.

Discussão

A HCL é uma entidade rara. A apresentação clínica é muito variável, uma vez que pode afetar vários órgãos e sistemas, como ossos, pulmão, pele. O tratamento varia entre vigilância ativa até à quimioterapia sistémica em casos mais graves. O prognóstico está intimamente relacionado com a resposta ao tratamento e o grau de afeção dos órgãos e sistemas envolvidos, sendo que as lesões únicas podem ser indolentes.

Emile JF, et al. Revised classification of histiocytoses and neoplasms of the macrophage-dendritic cell lineages. *Blood* 2016 127(22):2672–2681.

McKinney RA, Wang G. Langerhans Cell Histiocytosis and Other Histiocytic Lesions. *Head Neck Pathol.* 2025 Feb 25;19(1):26.

Tricoleucemia e Melanoma com Mutação BRAF Positiva: Relato de Caso

Beatriz Luís Lopes; Mariana da Silva Alves; Daniel Veiga; Carolina Cardoso; David M. Furtado; Pedro Dias Dos Santos; Filipa Pedro; Isabel Martins

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

Tricoleucemia é uma neoplasia rara representando 2% das leucemias, caracterizada pela proliferação de linfócitos B atípicos com projeções citoplasmáticas semelhantes a “cabelos”. A mutação BRAF V600E está presente na maioria dos casos de tricoleucemia e está envolvida na ativação desregulada da via MAPK, promovendo crescimento celular aberrante. A mesma mutação é amplamente reconhecida no melanoma, um tumor cutâneo altamente agressivo. Estudos sugerem que a presença da mutação BRAF em pacientes com tricoleucemia pode estar associada a outras neoplasias malignas, incluindo melanoma.

Caso Clínico

Homem, 45 anos, encaminhado à consulta de Medicina Interna por perda ponderal, leucopenia e trombocitopenia. O estudo autoimune e serologias infecciosas foram negativos. A TAC toracoabdominopélvica não revelou alterações significativas. Encaminhado à Hematologia, foi realizada citometria de fluxo e esfregaço de sangue periférico, que evidenciaram alterações compatíveis com o diagnóstico de tricoleucemia. O estudo molecular revelou a presença da mutação BRAF V600E. Algumas semanas depois, o doente notou o surgimento de uma lesão pigmentada na região dorsal. Devido às características suspeitas, realizou excisão da lesão em Dermatologia, com histopatologia compatível com melanoma.

Discussão

Este caso mostra a associação entre a tricoleucemia e o melanoma em doente com mutação BRAF positiva. A presença desta alteração genética comum a ambas as neoplasias reforça a necessidade de vigilância rigorosa para o desenvolvimento de outras malignidades em portadores de tricoleucemia. Estudos recentes sugerem que a ativação persistente da via MAPK pode contribuir para a oncogênese em diferentes tecidos, justificando um seguimento multidisciplinar desses pacientes.

O que diz o teu habitus

Daniel Castanheira¹; Débora Silveira²; Gabriel Ferreira²; Marta Sanches²; Beatriz Machado²; Francisco Azeiteiro²; Filipe Raposo²; João Martingo²

¹ HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Este caso clínico descreve a história de uma mulher de 44 anos, caucasiana, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial de difícil controlo e obesidade mórbida. A paciente também apresenta antecedentes ginecológicos de três cesarianas e alterações do padrão menstrual desde os 40 anos, acompanhadas de ansiedade e insônia. Sua medicação habitual inclui amlodipina, olmesartan, sertralina e trazodona.

A paciente recorreu ao CS a 26 de maio de 2023 por edema generalizado, cansaço, hiperfagia e insônia. Foi medicada com furosemida e submetida a avaliação analítica. Por manter as mesmas queixas, sem melhoria, e resultados analíticos que evidenciavam hipocaliémia e leucocitose, a paciente foi encaminhada ao hospital para correção de potássio e estudo etiológico.

Durante o internamento, foi observada hipertensão arterial de difícil controlo, hipocaliémia grave, em doente com obesidade mórbida, face em “lua cheia”, acantose na prega do pescoço, sinais que se destacavam ao exame objetivo. Exames laboratoriais revelaram hipercortisolismo secundário, hipotireoidismo secundário, e catecolaminas séricas normais. TAC abdominal detetou adenomas suprarrenais e esteatose hepática.

Por suspeita de hipercortisolismo de origem central, foi realizado prova de supressão com dexametasona 2mg sem supressão significativa, RM hipofisária que revelou um macroadenoma hipofisário.

Os diagnósticos finais incluíram macroadenoma hipofisário heterogêneo a condicionar uma Doença de Cushing provável com hipercortisolismo secundário (obesidade, fâcies em “lua cheia”, adenomas suprarrenais), pseudohiperaldosteronismo (hipocaliémia e hipertensão arterial de difícil controlo), e hipotireoidismo secundário. A abordagem terapêutica e investigações adicionais serão posteriormente discutidas, com ênfase nas dificuldades de correção da hipocaliémia e controlo da hipertensão, e o tratamento da causa.

Este caso destaca a complexidade do diagnóstico e controlo da Doença de Cushing, enfatizando a importância da investigação detalhada e abordagem multidisciplinar para pacientes com múltiplas comorbilidades.

A Febre Desmistificada

**Pedro Neto Pinto; Ana Cristina Grilo; Joana Silva Marques; Telma Costa Cabral;
Ana Beatriz Machado**

HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A Febre Q é uma zoonose subnotificada em Portugal devido à sintomatologia inespecífica que apresenta. Este caso destaca uma apresentação aguda atípica com alterações neurológicas e comportamentais num contexto de imunossupressão e exposição epidemiológica relevante (contacto com animais rurais).

Homem de 62 anos, com história de artrite psoriática sob adalimumab e metotrexato e diabetes mellitus tipo 2, apresenta-se nas Urgências com degradação progressiva do estado geral com 1 mês de evolução, caracterizado por perda ponderal significativa, redução do apetite, disgeusia, lentificação psicomotora e incapacidade para desempenhar as suas atividades pessoais habituais. Cerca de 1 semana antes do internamento surgiu febre noturna, o que motivou o internamento, por síndrome febril indeterminado, para estudo etiológico. Analiticamente com anemia inflamatória, trombocitopenia e PCR elevada. A punção lombar foi normal e as hemoculturas negativas. O ecocardiograma transtorácico foi normal e os exames de imagem revelaram esplenomegália ligeira, sem outras alterações. Pelo contexto epidemiológico, foi considerada a hipótese de zoonose que veio a revelar IgM e IgG de Fase II positivas (com títulos que aumentaram, em 4 semanas, de 1/400 e 1/200 para 1/6400 e 1/400, respetivamente) para *Coxiella burnetii*, confirmando o diagnóstico. Iniciou doxiciclina e hidroxicloroquina, com melhoria clínica progressiva, incluindo recuperação do apetite, melhoria do estado confusional e resolução das alterações comportamentais. Posteriormente ao internamento realizou um ecocardiograma transesofágico que excluiu envolvimento miocárdico.

Este caso frisa a importância de considerar a Febre Q no diagnóstico diferencial de febre de origem indeterminada com sintomatologia neurológica, salientando a importância de considerar as infeções zoonóticas em pacientes com fatores de risco, como a imunossupressão, mesmo quando os sintomas neurológicos são proeminentes.

Um olho no passado, outro no diagnóstico: neurosífilis a manifestar-se como olho vermelho

Beatriz Luís Lopes; Mariana da Silva Alves; Daniel Veiga; Marta Amaro; Carolina Cardoso; David M. Furtado; Pedro Dias Dos Santos; Filipa Pedro; Anna Knoch; Isabel Martins

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A sífilis terciária é uma manifestação tardia da infeção por *Treponema pallidum*, podendo afetar diversos órgãos, incluindo o sistema nervoso central e os olhos. A sífilis ocular é uma entidade rara, podendo apresentar-se com uveíte, neurite ótica ou vasculite retiniana. O envolvimento pulmonar sífilítico é pouco descrito na literatura.

Caso Clínico

Homem, 65 anos, sem antecedentes relevantes, foi encaminhado à consulta de Medicina Interna por queixas de olho vermelho, linfocitose e cansaço. Previamente observado por Oftalmologia, sem melhoria. Durante o estudo, desenvolveu um exantema máculo-papular na face, tronco e membros inferiores. As análises revelaram testes treponemico e não treponêmico positivos, além de IgM e IgG positivos para parvovírus B19, sugerindo infeção recente. Por preocupação com os achados, recorreu ao serviço de urgência. Discutido com infecciologia com indicação para completar o estudo com a realização de punção lombar que revelou proteinorraquia e leucocitose, compatíveis com neurosífilis. A tomografia computadorizada torácica identificou múltiplos nódulos pulmonares, sugerindo envolvimento sífilítico. O doente teve episódio prévio de síncope, associado a leucopenia, possivelmente secundária à infeção por parvovírus, que pode ter desencadeado a reativação da sífilis.

Discussão

Este caso ilustra uma apresentação incomum da sífilis terciária, com envolvimento ocular, neurológico e pulmonar. O parvovírus B19 pode ter contribuído para a reativação da infeção sífilítica, destacando a importância da imunossupressão na progressão da sífilis latente. O diagnóstico precoce e abordagem multidisciplinar são fundamentais para evitar complicações irreversíveis.

Quando o Coração Balança: Um Carcinoma Tímico Mascarado de Derrame Pericárdico

José Martins Dos Santos; Carla Costa; Beatriz Gamito Gonzaga; Gonçalo Peres; Nuno Alemão Serrano; Nina Jancar

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

O carcinoma tímico é uma neoplasia rara do mediastino anterior, frequentemente diagnosticada em estádios avançados devido à sua natureza insidiosa. Este caso destaca uma apresentação atípica, caracterizada por derrame pericárdico volumoso e compressão cardíaca, evidenciando a importância de um diagnóstico diferencial abrangente em doentes com dispneia progressiva e alterações hemodinâmicas.

Caso Clínico

Mulher de 69 anos recorreu ao serviço de urgência por dispneia, edema dos membros inferiores e distensão abdominal com 1 semana de evolução e agravamento progressivo. Ao exame objetivo, apresentava-se polipneica, com edema bilateral e fervores na base pulmonar esquerda. Radiografia de tórax com aumento do índice cardio torácico. TC toraco-abdomino-pélvica destacou-se um volumoso derrame pericárdico com compressão extrínseca do coração, bem como uma massa mediastínica heterogênea. Ecocardiograma confirmou derrame pericárdico volumoso, com swinging heart. Foi realizada pericardiocentese com drenagem de 1000mL de líquido hemático, com características de exsudado e predomínio de células mononucleadas; sem presença de células neoplásicas no exame anátomo-patológico, exame microbiológico negativo. Durante o internamento, manteve estabilidade hemodinâmica, com resolução do derrame e retirada do dreno pericárdico. A investigação complementar revelou componente monoclonal IgA (kappa), tendo sido realizado mielograma, com 5% de plasmócitos. A biópsia da massa mediastínica confirmou carcinoma tímico estágio IVB.

Discussão

O carcinoma tímico é uma patologia rara e agressiva, frequentemente diagnosticada em fases avançadas. A apresentação com derrame pericárdico volumoso e sinais de tamponamento cardíaco sublinha a necessidade de uma abordagem diagnóstica rápida. O caso reforça a importância do reconhecimento de sintomas inespecíficos e da integração de dados clínicos e imagiológicos para um diagnóstico precoce e adequado.

QUANDO NEM TUDO É O QUE PARECE: SÍNDROME POLINGLANDULAR TIPO 2

Sofia Miguelote; Marco Diogo; Paulo Ramalho; Miguel Cortez

CUF PORTO

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

A síndrome poliglandulare autoimunes (SPAI) é uma doença endócrina que ocorrem devido à desregulação imunológica. Existem pelo menos 3, bem como a síndrome extremamente rara de imunodesregulação, poliendocrinopatia e enteropatia (IPEX) (1). A SPAI2 caracteriza-se pela tríade DM1, doença de Addison e tireoidite de Hashimoto. Outras entidades AI podem estar presentes, tais como, doença celíaca, *miastenia gravis*, anemia perniciosa, deficiência de IgA e hipogonadismo. O pico de prevalência está na faixa de 20-40 anos. A paciente esteve 2 anos com sintomatologia recidivam-te até obter um diagnóstico final.

Jovem de 26 anos, com anorexia desde 08/2022 com perda ponderal diagnosticada com Síndrome de Graves a 01/2023 tendo iniciado metibazol. Nesse ano alternava entre clinicamente estável a sintomática. A 09/2024 quadro de dor abdominal, diarreia, vômitos e palpitações tendo recorrido ao SU com estudo analítico: TSH 7.14 com T₄L normal com alta com levotiroxina 12.5 ug e metibazol 2.5 mg. Teve melhoria transitória, mas por palpitações, anorexia e amenorreia foi avaliada em psiquiatria a 10/2024, medicada com mirtazapina 15 mg. A 12/2024 quadro de dor abdominal, diarreia, vômitos e astenia, com amenorreia desde há 2 meses. Analiticamente com anemia N/N, TSH 0.05 com T₄L normal, hipoalbuminémia, hipomagnesémia, hipocalcémia e hipocalémia. ECG: RS com QT 505 tendo ficado internada. No internamento realiza Eco-Tiroide com manifestações de tireoidite, Ac. Anti-tiroideus, Ac. Anti-TG e Ac. Anti-Tiroperoxidase positivos e TRAB's negativos, doença de Addison com cortisol <0.05 ug/dL, ACTH 734 pg/mL, aldosterona 2.5 ng/dL. Durante internamento manteve metibazol e iniciou hidrocortisona EV 100 mg a reduzir em 50% diariamente, até suspensão, concomitantemente com hidrocortisona 15mg de manhã, 10 ao almoço e 5 ao jantar que mantém em ambulatório.

A SPAI é uma doença de diagnóstico complexo como na maioria das DAI. Este caso em particular teve sintomatologia inespecífica variando de hipertireoidismo vs hipotireoidismo levando a um diagnóstico arrastado. O diagnóstico das DAI envolve uma multidisciplinaridade de clínicos de modo a partilha e diagnóstico precoce da doença, assim como orientação no futuro da paciente. Após a implementação do tratamento adequado a evolução clínica e sintomatológica foi rapidamente revertida.

O difícil diagnóstico de Doença de Creutzfeldt-Jakob: relato de caso

Adriano Neto; Janaina Graes; Margarida Cerqueira

ULS REGIÃO LEIRIA

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A doença de Creutzfeldt-Jakob, é uma rara desordem neurodegenerativa priónica, que gera demência rapidamente progressiva e fatal. Os achados clínicos neurológicos são inespecíficos, assim como os exames analíticos, tornando-se extremamente desafiador o diagnóstico.

Apresentamos o caso de uma mulher, 89 anos, acamada, diabética e hipertensa, encaminhada à urgência (SU) por astenia e agravamento no grau de dependência mais marcados há 2 dias. Autônoma até há um mês, quando foi institucionalizada por pioria cognitiva aguda, associado a cefaleias e vômitos crônicos, tornando-a completamente dependente. Possuía múltiplas vindas ao SU pelo mesmo quadro sem nunca se ter feito qualquer diagnóstico. À chegada, Glasgow 8, sem alterações ao exame cardiorrespiratório e abdominal. Realizou TC encefálica e análises que não mostraram alterações. Prescrito empiricamente Ceftriaxone, após colheita de líquido (LCR) que manteve por 7 dias. LCR com citológico, proteínas e glicose sem alterações, assim como serologias e antígenos virais e bacterianos, e pesquisa molecular. Iniciou com várias crises convulsivas motoras e generalizadas, mantidas, indicando um Estado de Mal Epilético. Eletroencefalograma (EEG) com desorganização e lentificação difusa da eletrogênese cerebral de caracter oscilante com um padrão do tipo GPDs, muito sugestivo de Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ). Ressonância encefálica (RM) demonstrou restrição à difusão e hipersinal em T2/FLAIR do núcleo caudado e putamen, bilateralmente e simétrica, além de discreto hipersinal cortical em DWI, mais na região parietal e frontal medial, fortalecendo-se a suspeita de DCJ. Doente acabou por falecer durante estudo.

Como mostrado, a DCJ, tem um diagnóstico extremamente complexo, que acaba por exigir uma suspeição prévia devido à sua raridade e sobreposição de sintomas com outras doenças. Mesmo um diagnóstico definitivo só sendo estabelecido por meio de patologia do tecido cerebral, diversos exames ajudam na suspeição de um caso e caracterização das formas da doença: EEG, RM, TC, e pesquisa da Proteína 14-3-3 no LCR, sendo ao menos um desses necessários para, juntamente com alguns achados clínicos específicos, firmar o diagnóstico provável, como no caso citado. O prognóstico inevitavelmente é fatal em até 2 anos, não havendo até hoje tratamento eficaz.

Diagnóstico Diferencial do Nódulo Pulmonar

Margarida Bandeira; Ana Rita Ambrósio; Hugo Pêgo; Ana Grilo; Joana Duarte; Teresa Martín; Nídia Caires

HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A deteção incidental de nódulos pulmonares é comum e exige investigação dirigida, devido ao extenso diagnóstico diferencial.

Caso clínico

Mulher de 66 anos, caucasiana, empregada doméstica, não fumadora, com hipertensão arterial controlada e obesidade. Por quadro arrastado de astenia, realizou TC tóraco-abdomino-pélvica, que revelou nódulos pulmonares bilaterais sugestivos de lesões secundárias. O maior com 14 mm no lobo superior direito (LSD) e de difícil acesso para biópsia, sem lesão primária categórica. A PET-TC FDG evidenciou SUVs elevados (5.6 e 8.4, respetivamente) no nódulo pulmonar do LSD e numa lesão paravertebral em D7. Foi internada por agravamento da astenia, dispneia, anorexia, vômitos, diarreia e oligúria. Apresentava-se sonolenta, polipneica, hipertensa e com edema bimalleolar. Gasimetria com acidose metabólica grave sem insuficiência respiratória. Analiticamente, anemia e leucocitose ligeiras, PCR 65mg/L, creatinina 18mg/dL, ureia 460mg/dL, K⁺ 7.7 mEq/L e com hematoleucoproteínúria. A ecografia renal não mostrou lesões obstrutivas e a TC documentou estabilidade dos nódulos pulmonares. Iniciou hemodiálise sem melhoria. As serologias para HIV, hepatite B e C foram negativas e o estudo autoimune revelou ANCA MPO positivo. Foi tratada com pulsos de metilprednisolona, seguidos de corticoterapia 1mg/kg/dia, ciclofosfamida e plasmaferese, com melhoria progressiva da função renal. A biópsia renal confirmou glomerulonefrite crescentica. Doente está sob terapêutica desde há 18 meses, atualmente prednisolona 2.5mg/dia e rituximab semestral, com redução dos nódulos pulmonares, considerados secundários à vasculite.

Discussão

As vasculites, embora raras, apresentam sintomatologia heterogênea e frequentemente inespecífica, podendo evoluir para falência multiorgânica. A presença de nódulos pulmonares como manifestação inicial é incomum, sendo crucial a suspeita diagnóstica e a investigação de manifestações sistémicas.

Enterococcus gallinarum – um agente raro de endocardite infecciosa

Patrícia Duarte Pires; Luísa Martinho Marques; Sara Vieira Bernardo; Constança Coutinho; Ana Rita Tomás; Ana Órfão; Teresa Branco

HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

As bactérias do género *Enterococcus* causam 5 a 20% dos casos de endocardite infecciosa em válvula nativa (EIVN), tendo normalmente origem gastrointestinal ou genitourinária. As espécies mais frequentes são *E. faecalis* (80-90%) e *E. faecium* (5-10%). O *E. gallinarum* é um agente raro de endocardite, estando descritos menos de 10 casos na literatura.

Caso clínico

Apresentamos o caso de um homem de 75 anos, autónomo, sem antecedentes de relevo. Recorreu ao Serviço de Urgência por anorexia, perda ponderal (8.3% do peso corporal) e febre (2 a 3 picos diários) com um mês de evolução, sem outra sintomatologia e sem antibioterapia (AB) recente. À observação, apresentava uma tumefação cervical com sinais inflamatórios e um sopro sistólico mitral. Analiticamente, destacava-se o aumento dos parâmetros inflamatórios (leucocitose com neutrofilia e PCR 24mg/dL). O estudo séptico revelou 2 hemoculturas (HC) positivas para *E. gallinarum*, sensível à ampicilina e com sinergismo à gentamicina. A urocultura, tomografia computadorizada (TC) abdómino-pélvica e colonoscopia excluíram origem gastrointestinal ou genitourinária e a TC cervical excluiu espondilodiscite, não se tendo identificado o foco de infeção. Os ecocardiogramas transtorácico e transesofágico (ETE) revelaram prolapso do folheto posterior e regurgitação mitral resultantes de rotura de corda tendinosa, alterações consequentes a EIVN, ainda que na ausência de vegetações. O doente cumpriu AB com ampicilina durante 4 semanas e gentamicina em sinergismo durante 2 semanas e, por favorável evolução clínica, analítica e microbiológica (negativação de HC após 5 dias de AB), ausência de abscesso no ETE e de doença à distância, completou AB com amoxicilina e rifampicina oral durante 2 semanas em ambulatório.

Discussão

Este caso ilustra um dos raros isolamentos do *E. gallinarum* como agente causal de EIVN. O seu isolamento pode ter implicações terapêuticas, dado ser intrinsecamente resistente à vancomicina, e complicações graves, com necessidade de cirurgia precoce.

Terapêutica anti-angiogênica na Síndrome de Rendu-Osler-Weber: relato de caso com bevacizumab

FÁBIO DINIS ALVES; Ana João Gonzaga; Rosa Ferreira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

O síndrome de Rendu-Osler-Weber é uma doença autossômica dominante caracterizada pela presença de múltiplas malformações arteriovenosas. As manifestações clínicas mais frequentes são a epistáxis espontânea e recorrente e as telangiectasias. Devido às perdas hemorrágicas recorrentes, é necessário transfusões e suplementação férrica regular.

Caso clínico

Doente do sexo masculino, 59 anos, com antecedentes de síndrome de Rendu-Osler-Weber desde os 11 anos, seguido na Consulta de Medicina Interna e Imunohemoterapia, com epistáxis abundantes recorrentes e de hemorragia hemorroidária ligeira. Mãe e dois irmãos com o mesmo diagnóstico. Realizada embolização das artérias maxilares internas e faciais bilateralmente em abril de 2023, mantendo epistáxis, menos abundantes, mas com necessidade transfusional e suplementação férrica regular. Presença de angiectasias do tubo digestivo (estômago e cólon), tendo feito ablação com argon plasma em 2019. Atingimento hepático, com *shunts* hepáticos arterio-portais. Estudo genético com variante patogénica em heterozigotia no gene *ACVRL1*. Por manter perdas hemorrágicas com necessidade transfusional regular, iniciou tratamento com *bevacizumab*. Antes de iniciar o tratamento, excluída hipertensão arterial, alterações na função renal, presença de proteinúria e realizado ecocardiograma transtorácico que não mostrou alterações.

Atualmente, encontra-se na quarta toma de *bevacizumab*, apresentando apenas perdas hemorrágicas *minor* com epistáxis e gengivorragias, sem perdas gastrointestinais. Analiticamente, melhoria franca da anemia, sem necessidade de transfusões.

Discussão

Este caso destaca a importância do seguimento regular pelo risco de desenvolver rapidamente anemia grave por hemorragia. Apesar da embolização, podem persistir epistáxis com necessidade transfusional. Nestas situações, anticorpos monoclonais anti-angiogénicos, como o *bevacizumab*, permitem controlar as hemorragias, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do doente.

Micobacteriose Não Tuberculosa Disseminada na Apresentação Inicial de Linfoma de Grandes Células B

Miguel Oliveira; Carolina Roias; Carolina Câmara; Patrícia Aranha; Bianca Ascensão; Luís Dias

HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO, PONTA DELGADA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

As infeções por micobactérias não tuberculosas são pouco frequentes. A forma disseminada tem uma incidência muito reduzida, sendo rara mesmo em doentes com outras formas de imunocompromisso que não a infeção avançada pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH). Apresentamos um caso de micobacteriose não tuberculosa (MNT) disseminada numa doente que, não apresentando qualquer diagnóstico de imunocompromisso prévio, foi subsequentemente diagnosticada com um linfoma de grandes células B (LGCB).

Caso Clínico

Doente do sexo feminino, com 62 anos. Apresentou-se com quadro com dois meses de evolução de dorsolombalgia esquerda intensa e dor abdominal de localização inespecífica. Concomitantemente, com astenia, anorexia, sudorese noturna e perda ponderal. Analiticamente, sem elevação de parâmetros inflamatórios, com padrão de citólise hepática, e desidrogenase láctica (LDH) de 556 U/L. Realizou tomografia computadorizada que revelou a presença de adenopatias em múltiplas estações ganglionares torácicas e abdominais, nódulos hepáticos e esplénicos, e um derrame pleural esquerdo. Foi submetida a toracocentese, que caracterizou um exsudato, com adenosina deaminase de 52.9 U/L e a presença de *Mycobacterium fortuitum* e *Mycobacterium chelonae*, identificados por *polymerase chain reaction* (PCR). Realizou, ainda, biópsia excisional de conglomerado adenopático, verificando-se adenopatias necrotizantes com granulomas epitelioides e a presença de *Mycobacterium chelonae*, por PCR. Com posterior recurso a avaliação imunohistoquímica, foi estabelecido, ainda, o diagnóstico de LGCB.

Conclusão

Apesar de as MNT disseminadas serem raras na imunossupressão não relacionada com formas avançadas de infeção por VIH, o presente caso demonstra que devemos manter um índice de suspeição da sua ocorrência associada à patologia hemato-oncológica. Vem, ainda, expor os desafios diagnósticos associados à presença concomitante de duas causas concorrentes num quadro de sintomatologia consumptiva e adenopatias.

Os 3 D's: disfagia, disartria e diplopia

Rita Pato Rosa; Inês Santos; Maria Roque; Diana Marques; Catarina Manaças; Teresa Fonseca; António Martins Baptista; Liliana R Santos

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, EPE / HOSPITAL DE SANTA MARIA

Tema: Doenças raras

O Síndrome da Pessoa Rígida (SPR) é uma patologia rara do sistema nervoso central que consiste em espasmos musculares dolorosos, associados a rigidez insidiosa e progressiva. O diagnóstico de SPR é dado pela presença de: sintomatologia supracitada; anticorpos anti-descarboxilase do ácido glutâmico (Ac anti-GAD); atividade contínua da unidade motora em eletromiografia; ausência de outro diagnóstico mais provável; resposta clínica à terapia.

Doente de 63 anos, autónomo referenciado a consulta de Medicina Interna por disfagia progressiva para líquidos, lombalgia com irradiação aos membros inferiores e diplopia binocular. Meses depois reportou contração muscular dolorosa dos membros inferiores, com duração de minutos, associados a sudorese. Posteriormente disartria e desequilíbrio progressivo, culminando na incapacidade para a marcha autónoma, com quedas frequentes. Analiticamente a destacar Ac anti-GAD65 séricos positivos. RM-CE com atrofia parenquimatosa difusa, predominante no cerebelo. Foi iniciada prednisolona, com melhoria parcial. Mais tarde, por agravamento sintomático, foi internado, tendo sido realizada punção lombar com evidência de hiperproteinorráquia ligeira, duas bandas oligoclonais e Ac anti-GAD65 (positivo forte, +++) no líquido. Foi então assumido o diagnóstico de SPR e iniciada pulsos de metilprednisolona e Ig IV, por 5 dias. Seguiu-se melhoria sintomática, nomeadamente diminuição da disartria, aumento da amplitude do esqueleto axial, minimização da ataxia e melhoria do tônus muscular.

Cumpriu também plasmaferese que possibilitou a reabilitação da marcha. O paciente teve alta 1 mês após a admissão, sem espasmos, com discreto aumento do tônus muscular, disartria ligeira, discreta disdiadococinesia e marcha de base alargada, segura com apoio bilateral.

Em suma, o diagnóstico precoce e a implementação de terapêutica adequada são cruciais no controlo sintomatológico da SPR, melhorando a sobrevida e qualidade de vida dos pacientes com este diagnóstico.

Síndrome de TINU: O desafio de reconhecer uma doença pouco frequente

Maria Almeida Pinto; Carolina Carvalho da Silva; Carla Queirós da Silva; Inês Monteiro Araújo; Carla Maravilha; Sofia Esperança; Maria Margarida Robalo; Ana Paula Pacheco

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A síndrome de nefrite tubulointersticial e uveíte (TINU) é uma condição rara caracterizada pela inflamação simultânea ou sequencial dos túbulos renais e do trato uveal ocular. O mecanismo fisiopatológico envolve uma resposta autoimune com ativação de linfócitos T específicos, associada a fatores genéticos, como os alelos HLA-DQB105 e HLA-DRB101, e desencadeantes ambientais, como infeções ou medicamentos (especialmente anti-inflamatórios não esteroides e antibióticos). A inflamação resulta em nefropatia tubulointersticial aguda e uveíte anterior não granulomatosa, frequentemente bilateral. Afeta sobretudo mulheres jovens e associa-se com frequência a outras condições autoimunes.

Caso clínico

Apresentamos o caso de uma mulher de 50 anos, natural do Brasil, com antecedentes pessoais de obesidade mórbida, uveíte recorrente, hipotireoidismo e diagnóstico recente de diabetes *mellitus*. Recorreu ao serviço de urgência por astenia e dor da grelha costal bilateral com algumas semanas de evolução, medicada previamente com AINEs. Análises revelaram elevação dos níveis de creatinina (4,2 mg/dL) e proteinúria (Rácio Proteínas/Creatinina Urinária de 1100 mg/g), sugerindo lesão renal aguda de etiologia medicamentosa. A história de uveíte levantou a suspeita de síndrome de TINU, embora o uso de AINEs tenha sido considerado como precipitante. Realizou ecografia renal, que permitiu excluir causa obstrutiva e alterações do parênquima renal, e biópsia renal para confirmação diagnóstica. A suspensão dos anti-inflamatórios e o início de corticoterapia revelaram-se cruciais na recuperação da função renal.

Discussão

Este caso destaca a importância de considerar a síndrome de TINU em doentes com lesão renal aguda e história de uveíte. Nestes casos, a medicina interna terá um papel crucial no diagnóstico precoce e na coordenação multidisciplinar entre as diferentes especialidades envolvidas.

Sinal de Chilaiditi - um achado a investigar

Alexandra Saraiva Nascimento; Pilar Lopes; Beatriz Lima; Ricardo Gomes; Bárbara Batista; Maria Miguel; Susana Magalhães

HOSPITAL DISTRITAL DA FIGUEIRA DA FOZ, EPE

Tema: Doenças respiratórias

Introdução

O diafragma constitui uma barreira músculo-tendinosa entre a cavidade torácica e abdominal sendo um dos principais músculos da respiração. As lesões diafragmáticas podem ter origem traumática ou não traumática. O sinal de Chilaiditi é uma condição rara sendo mais frequente no sexo masculino (4:1), em que há interposição do cólon entre o diafragma e o fígado. O diagnóstico diferencial é fundamental, uma vez que pode mimetizar patologias potencialmente graves.

Caso Clínico

Mulher de 61 anos de idade, autónoma nas atividades da vida diária, admitida na urgência por dispneia para pequenos esforços associada a tosse produtiva com 2 dias de evolução. Apresentava antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia. Sem antecedentes cirúrgicos de relevo. Ao exame objetivo encontrava-se apirética e hemodinamicamente estável. À auscultação possuía roncos bilateralmente. O abdómen era mole e depressível, indolor à palpação superficial e profunda apresentado ruídos hidroaéreos nos quatro quadrantes. Analiticamente sem alterações de relevo. Após a realização de radiografia torácica anteroposterior, observou-se a hipertransparência na região hepatodiafragmática tendo sido colocadas as hipóteses diagnósticas de pneumonia cavitada ou abscesso subfrénico. Para esclarecer os achados radiográficos, foi realizada uma tomografia computadorizada do tórax e abdómen.

Discussão

A tomografia computadorizada confirmou a presença de cólon interposto entre o fígado e o diafragma corroborando a síndrome de Chilaiditi. Consequentemente, foi instituída uma terapêutica conservadora. O desenvolvimento desta condição é favorecido por alterações estruturais e funcionais que afetem o fígado, o cólon ou o diafragma. Assim, este caso demonstra a importância de investigar a presença de ar na região hepatodiafragmática dadas as diferentes hipóteses diagnósticas e abordagens terapêuticas.

Rigidez e Espessamento Cutâneo: Como chegar ao diagnóstico de Fasceíte Eosinofílica

Filipa Cunha; Marta Braga Martins; Pedro Pires Mesquita; Gonçalo Torrinha; Carlos Capela; Vânia Gomes; Paulo Gouveia

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A Fasceíte Eosinofílica (FE) é rara, com cerca de 300 casos reportados, de etiologia incerta, e caracteriza-se por espessamento cutâneo e dos planos fasciais, bem como eosinofilia periférica. O diagnóstico é desafiador devido à sobreposição com outras doenças do tecido conjuntivo.

Caso Clínico

Homem de 34 anos, com dor, edema e rigidez dos membros superiores com 3 anos de evolução, com limitação motora. Ao exame físico com espessamento cutâneo severo dos antebraços, mãos, dedos e abaixo dos joelhos, esclerodactilia, edema doloroso do dorso das mãos, estruturas tendinosas palpáveis. Por suspeita de Esclerodermia Limitada/CREST, realizado estudo exaustivo, a realçar: hemograma com eosinófilos 500/ μ L; IgE total normal; VS 7mm/h e PCR 10.3mg/L; aldolase aumentada 19U/L; CK e mioglobina normais; complemento normal; anticorpo antinuclear negativo; tomografia computadorizada torácica sem alterações; ressonância magnética dos membros superiores com edema subcutâneo generalizado dos antebraços. Entretanto, verificado maior espessamento e endurecimento do edema a condicionar incapacidade laboral. Ao exame físico com casca de laranja no braço e “Groove sign” positivo no antebraço. Realizou biópsia da pele, na qual se observou fibrose da derme até ao tecido subcutâneo associado a infiltrado inflamatório linfohistiocitário, com polimorfonucleares neutrófilos e eosinófilos, mais proeminente no tecido subcutâneo e fáscia subjacente. Estabelecido o diagnóstico de FE, foi iniciada imunossupressão com corticoterapia 1mg/kg/dia e metotrexato e reabilitação física intensiva. Doente com melhoria analítica e clínica paulatina, com redução do espessamento cutâneo e recuperação das amplitudes articulares após 2 anos de tratamento.

Conclusão

As manifestações da FE podem sugerir outras etiologias, tornando a biópsia da pele e fáscia essencial para o seu diagnóstico. A terapêutica combinada com corticoterapia e metotrexato parece ter maior probabilidade de levar a resposta completa.

Diagnóstico e Gestão da Síndrome Hemofagocítica: Relato de Caso

Filipa Cunha; Rita Gonçalves Pinto; Diogo Ferraro Junqueira; Daniela Santos; Marta Braga Martins; Marina Alves; Céu Rodrigues; Vânia Gomes; Paulo Gouveia

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A Síndrome Hemofagocítica (SHF) é uma entidade rara e potencialmente fatal, caracterizada pela ativação descontrolada do sistema imunitário, e nos adultos é secundária a condições predisponentes, como neoplasias, doenças autoimunes ou imunodeficiências. O diagnóstico é desafiador devido à inespecificidade dos sintomas, exigindo alta suspeição para que o tratamento adequado seja iniciado de forma atempada.

Caso Clínico

Homem de 66 anos. Internado para estudo de síndrome febril com 2 semanas de evolução, associado a sintomas constitucionais de hipersudorese e anorexia, e pancitopenia (hemoglobina 8.9 g/dL, leucócitos 2.320/mm³ com 1.720/mm³ de neutrófilos e 0.320/mm³ de linfócitos, plaquetas 42.000/μL). Sem adenopatias palpáveis ou outras alterações. Exames de imagem revelaram hepatomegalia, múltiplas lesões esplénicas nodulares sólidas e inúmeros gânglios supra e infradiafragmáticos. Pela suspeita de doença linfoproliferativa foi realizado estudo exaustivo. Manteve picos febris diários durante todo o internamento. Analiticamente, para além do agravamento das citopenias - com necessidade de transfusão de glóbulos vermelhos e plaquetas, com hiperferritinemia (7502 ng/mL), hiperbilirrubinemia, citocolestase e aumento dos níveis de LDH. Recorrendo ao HScore, o primeiro sistema de pontuação validado em adultos para o diagnóstico de síndrome hemofagocítica reativa, o doente apresentava 70 a 80% de probabilidade de SHF. Atendendo ao risco, foi iniciada corticoterapia 1mg/kg/dia, que o doente manteve até diagnóstico definitivo de Doença de Hodgkin clássica obtido por biópsia ganglionar incisional, iniciando posteriormente quimioterapia e desmame de corticoide.

Conclusão

Neste caso clínico, a identificação precoce da SHF secundária a Doença de Hodgkin clássica permitiu a rápida instituição de corticoterapia, essencial para a estabilização do doente enquanto se aguardava confirmação diagnóstica para posterior tratamento dirigido.

Síndrome Hemofagocítico secundário a Linfoma T/NK Extraganglionar e Chronically Active EBV Infection

Christine Canizes; Diana Ferreira; Regina Costa; David Sousa; Carlos Silva; Rogério Ferreira; Jandira Lima; Lèlita Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A Síndrome Hemofagocítica (HLH) é uma condição rara e grave caracterizada por uma ativação descontrolada do sistema imunológico, frequentemente levando à falência de múltiplos órgãos e à morte, caso não seja tratada de forma precoce e eficaz. O diagnóstico e a abordagem rápida são essenciais, independentemente das condições predisponentes ou “triggers”.

Caso Clínico

Mulher, 43 anos, brasileira, residente em Portugal há 7 anos, com antecedentes de tiroidite de Hashimoto e cancro do colo de útero (2008). Recorreu ao Serviço de Urgência com dor abdominal no flanco esquerdo, náuseas, vômitos, perda de peso (11% em 2 meses), sudorese e febre noturna elevada (42°C), objectivando-se dor à palpação do hipocôndrio esquerdo. Analiticamente com pancitopenia, hiperferritinemia (3938,6ng/mL), hipertrigliceridemia (349mg/dL), AST >30U/L e hepatoesplenomegalia. Foi doseado fibrinogénio (<240mg/dL) e realizado medulograma que revelou fagocitose, tendo sido calculado H-SCORE de 99,86% (274 pontos), compatível com HLH. Após admissão em cuidados intermédios, iniciou controlo de crise de citocinas com Dexametasona (10mg/m²/dia EV) e Anakinra (dose crescente até 4mg/kg/dia EV), com melhora clínica inicial. Do estudo etiológico, destacou-se carga viral de EBV de 130.000 UI/mL, tendo iniciado esquema de IgEV (1g/kg/dia, 2 dias). Ao 18º dia, houve uma recidiva, com aumento da carga viral, tendo feito rituximab e ciclosporina sem sucesso, optando-se por iniciar Etoposídeo (75mg/m²), com melhora gradual, resolução da febre e melhora parcial das cargas virais de EBV, embora sem recuperação completa das linhas hematológicas. Excluídas outras causas infecciosas e doenças autoimunes, foi revista biópsia óssea inicial que sugeriu linfoma T/NK, confirmado como forma extraganglionar, não nasal, com envolvimento esplênico e medular. A paciente foi transferida para Hematologia e iniciou o protocolo SMILE associado a Etoposídeo, com boa resposta.

Discussão

A HLH secundária é mais comum em adultos e frequentemente subdiagnosticada. Os seus principais desencadeantes incluem infecções, cancros e doenças autoimunes. A suspeição clínica é crucial para iniciar o tratamento precocemente, visando a resolução das disfunções orgânicas e redução da mortalidade, enquanto se prossegue com o estudo etiológico.

Síndrome de Wunderlich

Sofia Teixeira; Ana Luísa Barbosa; Pedro Rodrigues; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças raras

Introdução

A síndrome de Wunderlich (SW) é uma doença rara, com uma incidência de 0.07% a 0.3% na população geral. Caracteriza-se por hemorragia espontânea nos espaços subcapsular e perirrenal. A apresentação inicial é heterogénea dependendo do tempo de evolução da hemorragia. A tríade clássica inclui dor lombar/abdominal, massa palpável e choque hipovolémico, mas podem existir outros sintomas como náuseas e vômitos.

Caso clínico

Sexo masculino, 76 anos. Antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes *mellitus* tipo 2, *flutter* auricular, hipocoagulado com apixabano, e doença renal crónica G4A3 KDIGO de etiologia multifatorial. Astenia, dor abdominal e vômitos de conteúdo alimentar com 2 dias de evolução. Apresentava-se hemodinamicamente estável, com ligeira dor difusa à palpação abdominal. Hemoglobina (Hb) de 8.6 g/dL (queda de 5g/dL em menos de 1 mês), agravamento da função renal (creatinina de 5.11mg/dL, basal de 2.7mg/dL), leucocitose $15.79 \times 10^9/L$ e PCR 46.9mg/L. Níveis de apixabano supratrapêuticos. Fez ecografia renovesical que demonstrou 2 formações arredondadas heterogéneas renais esquerdas compatíveis com alterações inflamatórias/processo neofornativo. Após o 1º dia de internamento, agravamento da dor abdominal com defesa à palpação, sinal de Gray-Turner no flanco esquerdo, e queda de 1g/dL de Hb. Fez angioTC com evidência de hematoma renal subcapsular esquerdo e hemoperitôneo de pequeno volume no espaço pararenal posterior. Dada a possibilidade de iatrogenia da embolização em doente hemodinamicamente estável optou-se por manter vigilância.

Discussão

A SW é uma doença potencialmente fatal, que exige um alto grau de suspeição clínica para um diagnóstico precoce e um tratamento eficaz. Este caso salienta a importância do reconhecimento da hemorragia retroperitoneal como uma causa de dor abdominal súbita e o papel fundamental da imagem na abordagem diagnóstica e na decisão terapêutica, de forma direcionada e individual.

Síndrome VEXAS

Sofia Teixeira; Ana Luísa Barbosa; Pedro Rodrigues; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças raras

Introdução

A síndrome VEXAS (**V**acúolos, Enzima **E**1, cromossoma **X**, **A**utoinflamação, mutação **S**omática) é uma doença inflamatória sistémica recentemente descrita, causada por mutações somáticas no gene UBA1, localizado no cromossoma X. Caracteriza-se por um fenótipo clínico complexo, que inclui manifestações hematológicas e inflamatórias. Embora rara, tem sido cada vez mais reconhecida em doentes com inflamação crónica inexplicada, citopenias e envolvimento multissistémico.

Caso clínico

Sexo masculino, 83 anos. Autónomo. Sem contexto epidemiológico de relevo. Recorre ao serviço de urgência por síndrome constitucional com perda ponderal de cerca de 15kgs, anorexia e astenia, febre intermitente e episódios de edema periorbitário com cerca de 4 meses de evolução. Apresentava lesões papulares nos membros e tronco, sem prurido ou dor associados e inflamação do pavilhão auricular direito, que poupava o lobo. Analiticamente, com anemia macrocítica e hiperocrómica (Hb 7.8g/dL), sem défice de vitamina B12 ou ácido fólico, trombocitopenia ($82 \times 10^9/L$) e PCR 33.7 mg/L. Serologias VHC e HIV negativas, sem imunidade para VHB. TC CTAP e PET não sugestivos de infeção. Realiza biópsia cutânea compatível com dermatite neutrofílica. Estudo medular com evidência de displasia, num contexto de síndrome mielodisplásico e células com vacúolos citoplasmáticos. Posteriormente, o estudo genético confirmou a suspeita clínica de Síndrome VEXAS. Iniciou corticoterapia e ruxolitinib (inibidor da JAK 1/2) com remissão clínica e melhoria das citopenias.

Discussão

A síndrome VEXAS representa um paradigma na sobreposição entre doenças autoinflamatórias e hematológicas. A natureza inflamatória e multissistémica cursa com elevada morbimortalidade. Este caso permite salientar a heterogeneidade clínica e necessidade de suspeição precoce; a importância do diagnóstico genético; e o desafio terapêutico sendo a corticoterapia frequentemente necessária, mas com respostas variáveis a imunossuppressores e biológicos.

Trajeto Intramiocárdico da Descendente Anterior: Um Achado Incidental ou um Inimigo Silencioso?

Inês Marques da Silva; Sara Dias; Marta Sousa; Marcel Guerreiro; Sara Guerreiro Castro; Ana Catarina Rodrigues

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

O trajeto intramiocárdico da artéria descendente anterior (DA) é uma variante anatômica comum, geralmente assintomática. No entanto, pode estar associada a isquemia miocárdica, especialmente em atletas de alta competição, devido ao aumento da demanda metabólica e compressão sistólica exacerbada. Este caso reforça a necessidade de uma investigação clínica detalhada para distinguir adaptações fisiológicas do exercício de condições cardiovasculares potencialmente patológicas.

Caso clínico

Homem, 50 anos, saudável, atleta recreativo de ciclismo e atletismo. Antecedentes que múltiplos episódios de lipotimia que associou a ansiedade e esforço muito intenso em condições adversas. Recorre ao serviço de urgência (SU) por novo episódio de lipotimia, acompanhada de palidez e hipersudorese, sem dor torácica ou dispneia. Sinais vitais, exame objetivo e tomografia crânio encefálica sem alterações. O eletrocardiograma evidenciou padrão sugestivo de Wellens em V2-V3, mas a troponina alta sensibilidade permaneceu dentro dos valores de referência em avaliações seriadas. O doente teve alta após discussão com cardiologia para completar investigação diagnóstica em ambulatório. Na investigação ambulatória, apresentou ecocardiograma de esforço normal, sem evidência de isquemia induzida e o Holter de esforço demonstrou resposta cronotrópica adequada, sem arritmias. A angiotomografia coronária revelou trajeto intramiocárdico profundo da artéria DA média, com hipertrofia septal concêntrica e ectasia da aorta ascendente. Já depois do diagnóstico, recorreu novamente ao SU por quadro de 2 horas de evolução de precordialgia, com irradiação ao pescoço, mandíbula e membro superior esquerdo, sem padrão de Wellens e sem elevação de troponinas.

Discussão

Este caso ilustra a complexidade da avaliação cardiovascular em atletas, onde alterações eletrocardiográficas podem mimetizar doença coronária obstrutiva. O trajeto intramiocárdico pode ser um achado incidental, mas também pode contribuir para disfunção coronária dinâmica, especialmente sob condições de alto débito cardíaco. A ausência de isquemia induzida no ecocardiograma de esforço e o desempenho desportivo sem limitações são indicativos de bom prognóstico, sendo o acompanhamento clínico e a educação sobre sinais de alarme fundamentais.

Manifestação renal, tiroideia e ocular de sarcoidose

Victor Marquez; Gonçalo Carrola; Catarina Costa; Marta Cunha; Margarida França

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÓNIO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A sarcoidose é uma doença multissistémica de etiologia não esclarecida, caracterizada pela presença de granulomas não caseosos nos órgãos envolvidos, afetando sobretudo jovens adultos. Apesar do atingimento hilar ganglionar e pulmonar serem mais comuns, qualquer órgão pode ser afetado, destacando a relevância deste caso de apresentação atípica.

Caso clínico

Homem de 34 anos, com clínica com 6 meses de evolução de perda ponderal não quantificada. Admitido após crise convulsiva, precedida por uma semana de dor abdominal e vômitos. Estudo a constatar pancitopenia e lesão renal aguda KDIGO3 com acidose metabólica, a motivar admissão em unidade de cuidados intensivos. Imagem pulmonar sem alterações. Estudo posterior a mostrar LCR com evidência de proteinorraquia sem pleocitose, RMN encefálica sem alterações. Documentação histológica de nefrite intersticial aguda granulomatosa e enzima conversora da angiotensina >100 U/L.

Diagnosticada sarcoidose, tendo iniciado metilprednisolona 500mg (3 dias) seguido de prednisolona 1mg/kg/dia, com melhoria da função renal e recuperação do estado neurológico. Diagnóstico posterior de hipotireoidismo com sugestão histológica de tiroidite granulomatosa. A revisão da anamnese concluiu por clínica prévia de “olho vermelho”, constatando-se alterações sequelares de uveíte bilateral.

À data de alta estava assintomático e com estabilização da função renal (creatinina sérica= 2.5 mg/dL). Em ambulatório, iniciou micofenolato de mofetil 500 mg *tid*, mantendo estabilidade clínica e analítica.

Discussão

Este caso mostra-nos uma forma de apresentação grave e incomum de sarcoidose, com atingimento renal, tiroideu e ocular. Ficou por esclarecer se existiu na fase inicial acometimento do sistema nervoso central ou se as alterações neurológicas foram apenas em contexto de síndrome urémico. O diagnóstico desta entidade nosológica pode ser desafiante, especialmente em formas atípicas, tornando-se fundamental a visão holística do internista para o diagnóstico e tratamento precoces.

SMELLS LIKE TEEN SPIRIT - O POSTAL DE UMA VIAGEM

João Pedro F. Marques; Ana Mafalda Abrantes; Carolina António Santos; M. Inês Parreira; António Martins Baptista; Ana Alves Cardoso

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A distinção entre meningite bacteriana e viral tornou-se mais acessível com os avanços laboratoriais, sendo essencial para o prognóstico e abordagem clínica. A meningite viral, geralmente autolimitada, continua a representar um desafio diagnóstico, exigindo uma avaliação criteriosa. Este caso clínico ilustra a importância do reconhecimento precoce desta entidade e da sua gestão adequada.

Caso Clínico

Mulher de 24 anos, admitida por cervicolumbalgia e cefaleia fronto-temporal bilateral com horas de evolução. História de viagem recente na Europa ocidental, seguida de quadro autolimitado de dor epigástrica e febre ($>38^{\circ}\text{C}$). Sem outro contexto epidemiológico relevante. À admissão, apresentava febre e rigidez da nuca marcada. Dada a suspeita de meningite, realizou punção lombar, evidenciando líquido ligeiramente hemático e turvo, com hiperproteiorráquia (134mg/dL), glicorráquia *borderline* (50mg/dL) e com 638 células/mm^3 , com predomínio de polimorfonucleados. A TC cranioencefálica não revelou alterações de relevo. Laboratorialmente, apresentava linfopenia e trombocitopenia ligeiras e PCR de 3 mg/dL . Foi iniciada terapêutica empírica com ceftriaxone, ampicilina e aciclovir, posteriormente suspensa após identificação de enterovírus no LCR por PCR. Excluída etiologia bacteriana por cultura do LCR, bem como outros vírus neurotrópicos, sífilis e doença de lyme. Com terapêutica exclusivamente sintomática, a doente teve alta após 5 dias de internamento, com resolução completa do quadro clínico.

Conclusão

A meningite viral por enterovírus, apesar do seu curso benigno, apresenta manifestações sobreponíveis a outras etiologias infecciosas, tornando o diagnóstico desafiante. O uso de técnicas de biologia molecular no estudo do LCR permite um diagnóstico rápido e preciso, evitando terapêuticas desnecessárias. Este caso reforça a importância de uma abordagem criteriosa e do reconhecimento precoce desta entidade para uma adequada orientação clínica.

Coriorretinite bilateral: uma rara manifestação de zoonose

Luís Coelho; Carlota Lalande; Maria Rebelo; Mafalda Leal; Ana Catarina Pereira; Jorge Frade; Beatriz Sampaio; Elisabete Brum de Sousa; Catarina Costa; Sofia Salvo; Madalena Lisboa

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A doença da arranhadura do gato (DAG) é uma infeção causada pela *Bartonella henselae*, transmitida aos humanos através da mordedura, arranhadura ou saliva de gato e outros vetores contaminados como pulgas. A manifestação mais comum é linfadenopatia regional. A coriorretinite é uma manifestação ocular rara na DAG (5-10%), associada a perda súbita de visão, geralmente unilateral.

Caso clínico

Homem, 44 anos, sem antecedentes médicos relevantes, recorreu ao Serviço de Urgência por febre vespertina, astenia, náuseas e mialgias generalizadas com 2 semanas de evolução. Os sintomas iniciaram 4 dias após voltar do Bangladesh, onde negou contato direto com animais. Associadamente, perda gradual de visão bilateral há 3 dias. À observação com temperatura timpânica 37.7°C, sem outros achados significativos. Analiticamente com moderada citocolestase hepática sem hiperbilirrubinémia (AST 150 U/L, ALT 94 U/L, GGT 139 U/L e FA 120 U/L) e aumento dos parâmetros inflamatórios (PCR 81 mg/dL, VS 71mm/h), com ligeira eosinofilia. Na observação oftalmológica foram identificados focos de coriorretinite em ambos os olhos, agravado no olho esquerdo. Excluídas outras causas infecciosas, autoimunes, linfoproliferativas e neoplásicas do sistema nervoso central, e dado agravamento da acuidade visual do doente, realizou-se prova terapêutica com prednisolona e doxiciclina, assumindo-se como hipótese provável infeção por *Bartonella*. Sob tratamento, verificou-se melhoria progressiva das queixas visuais. Os resultados serológicos vieram confirmar infeção por *Bartonella henselae*, com IgG e IgM positivo.

Discussão

As manifestações oculares não são frequentes na DAG e a coriorretinite bilateral é ainda mais rara. Este caso clínico demonstra a importância do reconhecimento dos sinais e sintomas da doença e a compreensão do contexto epidemiológico. A instituição de terapêutica eficaz e o mais precoce possível é fundamental para prevenir a perda de visão e encurtar o tempo de recuperação.

Entre fraldas e insulina: a LADA que chegou com a gestação

Mónica Côrte-Real; Kelly J. Tembe; Ricardo A. Pereira; Francisco Lopes Morgado; Joana Carreira; Aissato Cassama; Julieta Sousa; Ermelinda Pedroso

CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, EPE / HOSPITAL DE SÃO BERNARDO

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A Diabetes Autoimune Latente do Adulto (LADA) reúne características da diabetes *mellitus* (DM) do tipo 1 e 2, o que dificulta o seu diagnóstico (dx). A fisiopatologia (FP) inclui lenta destruição autoimune (AI) das células beta pancreáticas, com dependência insulínica tardia. Já a diabetes gestacional (DG) aumenta o risco de DM do tipo 2 (DM2). A DG autoimune (DGAi) corresponde a 10% dos casos de DG e é fator de risco para LADA, tendo FP similar. Relatamos caso de LADA em doente jovem adulta, inicialmente diagnosticada com DG, que evoluiu para insulinodependência.

Caso clínico

Mulher, 30 anos (A), com DG na primeira gravidez e obesidade grau I. Antecedentes familiares (AF) de irmãos com pré-diabetes. Referenciada à consulta por perfil hiperglicémico registado com glicómetro durante a segunda gestação, que se manteve após o parto, e hemoglobina glicada (HbA1c) 10.2%. Iniciou-se insulino-terapia (IT). Assumiu-se DM2 e solicitou-se estudo etiológico (EE), que tardou em realizar. A prescrição de antidiabético oral e análogo do GLP-1 foi protelada, por se encontrar em amamentação. Houve dificuldade na gestão glicémica por incumprimento terapêutico, com hipoglicémias (HG) implicando redução da IT. Colocou-se sensor de glicose (GC). Prescreveram-se gliclazida e semaglutido, suspendendo-se o primeiro por HG.

O relatório de GC do sensor revelou labilidade da HbA1c, da percentagem de glicémia dentro do alvo e variação média da GC, com tendência para o agravamento, implicando necessidades de IT crescentes. O EE, efetuado 2 A após requisição, revelou autoimunidade positiva e peptídeo C (PC) diminuído, conduzindo ao dx de LADA.

Discussão

Este caso clínico revela a complexidade diagnóstica da LADA. Enfatiza a necessidade de vigilância prolongada aquando de DG, sobretudo se existe perfil hiperglicémico mantido após o parto, pelo risco de DM2 ou DGAi. O dx de LADA resultou de estudo AI positivo e PC diminuído, em jovem adulta sem AF de DM2, com necessidade crescente de IT.

Eritema descamativo em doente com disfunção multiorgânica

André Carlos Coelho; Jéssica Marques; Regina Costa; Filipe Vilão; Isabel Fonseca; Lèlita Santos

CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA / HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A síndrome do choque tóxico estafilocócica (SCTS) é uma condição rara (poucos dados europeus, CDC estima incidência 0,03-0,05/100000 nos EUA) causada por toxinas de *Staphylococcus aureus*, que ativam células T, levando a disfunção multiorgânica. O diagnóstico baseia-se em critérios clínicos (febre, eritema descamativo, hipotensão e envolvimento multiorgânico) e laboratoriais (culturas negativas para outros microorganismos e serologias negativas para febre das montanhas rochosas, leptospirose e sarampo) do CDC.

Caso clínico

Homem de 87 anos, portador de sonda vesical suprapúbica, com sinais inflamatórios no membro inferior direito sugestivos de infeção com 1 semana de evolução e urina escura com sedimento. Iniciou clindamicina e ceftriaxone empiricamente. Mais tarde, isolamento de *P. mirabilis* e *S. aureus* na urina sensíveis aos antibióticos instituídos e rastreio MRSA positivo. Progrediu para disfunção cardíaca, hepática, renal e neurológica com eritema nas extremidades, posteriormente descamativo. Assim, considerou-se a SCTS como diagnóstico mais provável. Já sob tratamento adequado, evoluiu favoravelmente do ponto de vista clínico e analítico, recuperando o estado basal.

Discussão

Tratou-se de um caso de SCTS com vários pontos de partida possíveis (urinário, cutâneo, colonização nasal). Dado a descamação ocorrer 8-21 dias após início da doença, o diagnóstico é muitas vezes retrospectivo. Sendo os sinais e sintomas semelhantes aos da sépsis, esta entidade deve ser considerada em quadros multiorgânicos com infeção ou colonização por *S. aureus*, sobretudo na presença de eritema. A sua distinção é importante, pois o tratamento empírico da SCTS deve incluir um antibiótico inibidor da produção de toxinas, como a clindamicina. Neste caso não foram realizados exames adicionais, já que não iriam alterar a atitude a adotar. Realça-se assim a importância de adaptar critérios de diagnóstico e exames complementares ao contexto individual de cada doente.

Anemia Hemolítica em Melanodérmicos: Nem Sempre é Anemia Falciforme

**Rosa Sá; Hugo Gonçalves; Bárbara Fraga Campos; Francisco de Oliveira Simões;
Narciso Oliveira; Teresa Pimentel; Ana Isabel Andrade Oliveira**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças hematológicas

As anemias hemolíticas, especialmente as hereditárias, como a anemia falciforme e a deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase (G6PD), são frequentes em melanodérmicos, exigindo uma abordagem diagnóstica criteriosa.

Mulher, 20 anos, natural de São Tomé e Príncipe, a estudar em Portugal há um ano, foi referenciada à Medicina Interna por astenia, artralgias e opressão torácica ligeira. Referia diagnóstico prévio de anemia falciforme no país de origem, com episódios de icterícia na infância e adolescência, mas sem crises vaso-oclusivas. Nunca realizou terapêutica dirigida nem necessitou de transfusões, mantendo apenas ácido fólico. Antecedentes familiares sugeriam patologia semelhante na mãe e no irmão, sem confirmação laboratorial. Dada a inconsistência clínica e a ausência de documentação, foi repetida a investigação. A hemoglobina era de 13 g/dL (normocítica/normocrômica), com RDW, bilirrubina, LDH e haptoglobina normais. O estudo de hemoglobinas por cromatografia líquida, mostrou hemoglobina A2 e F normais, sem variantes anormais. O eletrocardiograma e a angio-TC torácica não revelaram alterações. Face à necessidade de aprofundar o diagnóstico diferencial, foi solicitado doseamento da G6PD, evidenciando défice enzimático severo e confirmando essa como a verdadeira etiologia. A doente recebeu aconselhamento e um documento com a lista de fármacos e alimentos a evitar para prevenir crises hemolíticas.

Este caso sublinha a importância de uma abordagem diagnóstica criteriosa nas anemias hemolíticas hereditárias, sobretudo em populações melanodérmicas, onde múltiplas etiologias podem coexistir e levar a diagnósticos erróneos. O erro diagnóstico inicial reforça a necessidade de confirmação laboratorial rigorosa antes da instituição de qualquer tratamento específico, evitando abordagens inadequadas. Sublinha ainda a relevância da educação do doente sobre os fatores desencadeantes da hemólise, fundamental para a prevenção de complicações e melhoria da qualidade de vida.

Défice de Alfa-1 Antitripsina: Pequena Proteína, Grandes Consequências

Rosa Sá; Hugo Gonçalves; Bárbara Fraga Campos; Francisco de Oliveira Simões; Narciso Oliveira; Teresa Pimentel; Ana Isabel Andrade Oliveira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças raras

O défice de alfa-1 antitripsina (A1T) é uma condição genética que pode manifestar-se desde a infância até à idade adulta, afetando sobretudo o fígado, com evolução para fibrose. Também pode acometer os pulmões, conduzindo a doença pulmonar obstrutiva crónica, frequentemente após os 30 anos, especialmente na presença de outros fatores de risco.

Homem, 42 anos, encaminhado à consulta de Medicina Interna por elevação persistente das enzimas hepáticas e hiperbilirrubinemia. Negava abuso do álcool, aspeto desvalorizado em avaliações médicas anteriores. Referia elevação das transaminases desde a adolescência, associada a antecedentes familiares de doença hepática paterna, nunca investigada. Apresentava ecografia abdominal com sinais de hepatopatia crónica, sem alterações no sistema biliar. O estudo imune foi negativo. Optou-se por realizar a pesquisa do défice de A1T que foi positiva. A biópsia hepática confirmou o diagnóstico de cirrose, tendo-se encaminhado o doente para consulta de Genética e referenciado para avaliação de transplante hepático, dada a gravidade do quadro. Não apresentava alterações a nível pulmonar.

Este caso sublinha a importância do reconhecimento precoce do défice de A1T como causa subjacente de doença hepática crónica. A história clínica do doente, incluindo alterações laboratoriais persistentes e antecedentes familiares sugestivos, poderia ter conduzido a um diagnóstico mais precoce, permitindo uma intervenção antecipada. O desconhecimento da doença e a desvalorização de sintomas ao longo dos anos atrasaram o encaminhamento adequado. Assim, é essencial aumentar a consciencialização sobre esta patologia, promovendo o rastreio em casos suspeitos, de modo a melhorar o prognóstico e a qualidade de vida dos doentes.

Mieloma múltiplo: diagnóstico precoce

Maria João Matos Rocha; André Bento; Gabriela Silva; Rita Ventura; Mariana Coelho; Sara Melo; Inês Gonçalves; Filipa Fernandes; Ana Rita Ramalho; Maja Petrova; Pereira de Moura; Lèlita Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

O mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia das células plasmáticas, caracterizada pela multiplicação anormal destas células na medula óssea, que passa a ser o seu principal constituinte. Os sintomas mais comuns incluem dor óssea, astenia e confusão mental. Caracteriza-se por lesões ósseas osteolíticas, anemia, hipercalcemia e insuficiência renal. A ativação de diversas vias de sinalização contribui para a proliferação e sobrevivência das células plasmáticas, bem como para a resistência ao tratamento. O diagnóstico é realizado através da quantificação de diferentes tipos de anticorpos no sangue e na urina, sendo confirmado por biópsia da medula óssea. A idade média dos doentes com MM é de aproximadamente 70 anos. Embora não haja tratamento curativo, a evolução lenta da doença permite uma taxa de sobrevivência elevada a 10 anos.

Caso clínico

Apresentamos um doente de 52 anos, internado no serviço de medicina interna devido a insuficiência respiratória tipo 1, com antecedentes de dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, insuficiência cardíaca e hábitos tabágicos. Ao exame objetivo, hepatomegália palpável e palpação indolor. No estudo analítico, anemia normocítica (Hb 11,4 g/dL), trombocitopenia ($94 \times 10^9/L$), hiponatremia (Na 132 mmol/L) e défice de ácido fólico (3ng/mL). A ecografia abdominal revelou hepatomegália discreta, esplenomegália e derrame pleural livre à esquerda. A PET FDG-18 mostrou adenopatias infra e supra-diafragmáticas, envolvimento hipermetabólico hepato-esplénico, pleural esquerdo e medular/ósseo, sugerindo doença linfoproliferativa. Realizou-se medulograma que revelou 6.3% de células plasmáticas, todas com fenótipo patológico, confirmando o diagnóstico. A cintigrafia cardíaca com DPD-Tc99m excluiu a possibilidade de amiloidose.

Discussão

Este caso é particularmente interessante pela idade do doente no momento de diagnóstico, e pela progressão rápida da doença a nível extramedular, o que contribuiu para várias infeções sistémicas e subsequente falência multiorgânica. A evolução do doente não foi favorável, tendo falecido três meses após o diagnóstico.

Lu Q et al. Multiple myeloma: signaling pathways and targeted therapy. Mol Biomed. 2024 jul 4;5 (1): 25.

Cowan AJ et al. Diagnosis and management of multiple myeloma: a review. JAMA. 2022;327(5):464–77.

Síndrome de Kounis – Uma causa menos frequente de uma doença comum

Vera Guedes de Sousa; Jaqueline Slomp; Bernardo Baptista; Alexandra Bayão Horta

HOSPITAL DA LUZ LISBOA

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

A Síndrome de Kounis é uma entidade rara, na qual há uma síndrome coronária aguda associada a uma reação alérgica. Os principais mecanismos fisiopatológicos incluem o vasospasmo e a ruptura da placa aterosclerótica induzida pelos mediadores alérgicos.

Caso Clínico

Homem de 70 anos, com antecedentes de hipertensão, dislipidemia e gota, sem alergias conhecidas, recorreu ao Serviço de Urgência após início súbito de dispneia e dor torácica, uma hora após a toma de indometacina no contexto de podagra. À admissão, apresentava-se polipneico, hipoxémico e com sibilos dispersos na auscultação pulmonar, que melhoraram com terapêutica broncodilatadora e hidrocortisona endovenosa. O eletrocardiograma não mostrou alterações do segmento ST-T, mas analiticamente apresentava elevação da troponina I de elevada sensibilidade (545ng/mL) e do NT-proBNP (232 pg/mL), pelo que foi assumido enfarte agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST, realizou dose de carga de ácido acetilsalicílico e iniciou enoxaparina terapêutica e estatina. O ecocardiograma transtorácico revelou função sistólica preservada e a angio-TC de tórax e cardíaca excluiu tromboembolismo pulmonar e doença coronária significativa (estenoses <30%), levantando-se a suspeita de síndrome de *Kounis*. Nas primeiras 48 horas de internamento, evoluiu com novo episódio de insuficiência respiratória, com necessidade transitória de ventilação não invasiva. Documentou-se eosinofilia de novo e elevação de IgE total (2067 kU/L), confirmando-se o diagnóstico de síndrome de *Kounis*, provavelmente secundária aos anti-inflamatórios não esteróides, e iniciou terapêutica com prednisolona e cetirizina, com evolução clínica e laboratorial favorável.

Conclusão

Este caso pretende alertar para a etiologia alérgica da doença coronária. Perante uma apresentação atípica com outras manifestações alérgicas e/ou uma clara relação temporal com a exposição a um alérgeno potencial, a síndrome de Kounis deve ser equacionada.

Dor que engana- um caso de porfiria aguda

João Francisco Abrantes¹; Inês S.F. Silva²; Ryan Costa Silva¹; Madalena Carvalho¹; Anabela Oliveira¹; Lígia Peixoto¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO OESTE, EPE

Tema: Doenças raras

Introdução

As porfirias agudas são um grupo de doenças metabólicas raras, causadas pela deficiência enzimática envolvida na biossíntese do heme, com acumulação de intermediários tóxicos resultantes.

Caso clínico

Mulher, 24 anos de idade, autónoma, recorre ao Serviço de Urgência (SU) por dor abdominal difusa associada a náuseas e vômitos alimentares, sensação de lipotímia e mialgias, com 1 mês de evolução, refratária a analgesia e metronidazol empírico, prescrito 3 semanas antes numa recorrência ao SU, após internamento recente numa Unidade de Cuidados Intermédios. Dada recrudescência sintomática, com estudo etiológico previamente realizado sem achados, realizou teste de Hoesch, cujo resultado foi positivo. Foi admitida a internamento sob a hipótese diagnóstica de crise neurovisceral aguda, cumprindo terapêutica de suporte (fluidoterapia, analgesia, antieméticos, laxante) e 5 dias de hemina, com resolução sintomática e da hiponatremia. Realizado doseamento de creatinina, porfobilinogénio, rácio porfobilinogénio/creatininúria, ac. delta-aminolevulínico e 5-ALA/Creatininúria e estudo de porfirinas no sangue, urina e fezes, cujo resultado foi positivo. Entretanto, dados reinternamentos recentes após terapêutica com hemina, admite-se diagnóstico de porfiria intermitente aguda (PIA), com proposta terapêutica com recurso a givosiran.

Discussão

O desconhecimento desta patologia, a inespecificidade e heterogeneidade das manifestações clínicas, muitas vezes atrasam a possibilidade de terapêutica dirigida, aumentando a morbilidade, sendo fundamental a consciencialização dos profissionais de saúde.

Título: Escleromiosite: Desafios diagnósticos de uma entidade rara

Laura Amaral; David Prescott; Patricia Vicente; Vasco Evangelista; Maria João Baptista; Liliana Fernandes; Nuno Ferreira; Lia Marques; Ana Lourenço; Fátima Grenho

HOSPITAL CUF TEJO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A escleromiosite é uma patologia rara e complexa, com sobreposição de características de esclerose sistémica e miosite, sendo classificada dentro das miopatias inflamatórias autoimunes. Caracteriza-se por fraqueza muscular esquelética proximal e evidência de inflamação muscular.

Os autores descrevem o caso de um doente de 55 anos, sexo masculino, internado por um quadro com 10 meses de evolução de poliartralgias, fraqueza muscular, perda de peso, disfagia alta para sólidos, dispneia e disartria. Denotava-se espessamento cutâneo palmar e plantar bilateral, pápulas de Gottron e espessamento periungueal. Analiticamente com aumento das transaminases, mioglobina, desidrogenase láctica, creatina quinase e aldolase. As causas tóxicas, farmacológicas, infecciosas, metabólicas, neoplásicas e miopatias endócrinas foram excluídas. A ressonância magnética e o electromiograma dos membros inferiores foram sugestivos de miopatia inflamatória. A tomografia do tórax revelou parênquima pulmonar com edema intersticial difuso. Realizou provas de função respiratória, com alteração ventilatória inespecífica, air-trapping e diminuição das pressões máximas. O estudo da autoimunidade revelou ANAs + e Anti PM-Scl ++. Iniciou terapêutica com corticoterapia em alta dose, imunoglobulina e micofenolato mofetil, sem necessidade de biópsia. Após início de terapêutica, constatou-se melhoria laboratorial progressiva, e alguma melhoria do cansaço, mantendo restante sintomatologia.

O prognóstico na escleromiosite varia de acordo com a extensão do envolvimento dos órgãos, sendo importante o diagnóstico precoce para um tratamento adequado e prevenção de complicações graves, como insuficiência respiratória e fibrose muscular progressiva. Em conclusão, este caso ilustra a complexidade do diagnóstico da escleromiosite e destaca a importância do diagnóstico precoce.

Púrpura de Henoch-Schönlein: Vasculite Oculta nos Adultos

Laura Amaral; David Prescott; Patricia Vicente; Vasco Evangelista; Maria João Baptista; Liliana Fernandes; Nuno Ferreira; Lia Marques; Ana Lourenço; Fátima Grenho

HOSPITAL CUF TEJO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A púrpura de Henoch-Schönlein (PHS) é uma vasculite sistémica caracterizada pelo depósito de imunoglobulina A em vasos sanguíneos de pequeno calibre, clinicamente manifesta-se pela tétrade de púrpura palpável, artrite/artralgias, sintomas gastrointestinais e lesão renal. Infecções, medicações e neoplasia são alguns dos triggers reconhecidos. Embora seja mais comum em crianças, pode também ocorrer em adultos, geralmente com um prognóstico mais grave e com uma incidência significativamente menor.

Os autores apresentam caso de um doente, sexo masculino de 34 anos com história de doença de chron, sob corticoterapia e Ustekinumabe. Recorreu ao serviço de urgência por quadro clínico agudo, caracterizado por odinofagia severa, disfagia, febre, hiperemia marcada difusa da parede posterior da faringe com componente petequial, hemorragia conjuntival bilateral, edema do escroto e lesões cutâneas purpúricas palpáveis no abdómen, região dorsolombar, e inguino escrotal. Do estudo complementar de diagnóstico inicial destaca-se deteção de Influenza Foram excluídas outras causas de púrpura, nomeadamente púrpura trombocitopénica, doenças infecciosas bacterianas, hepatite B ou C, vasculite por hipersensibilidade induzida por fármacos, crioglobulinemias, e foram realizadas biópsias cutâneas com presença de vasculite leucocitoclástica. Durante o internamento, apresentou evolução favorável, com a resolução das lesões cutâneas, sem agravamento dos sintomas respiratórios, gastrointestinais e sem comprometimento renal. O quadro inflamatório foi controlado com corticoterapia sistémica e oseltamivir.

A morbilidade a curto prazo tende a relacionar-se com o atingimento gastrointestinal e a longo prazo com o envolvimento renal. É por isso importante contemplarmos este diagnóstico, mesmo — e particularmente — na população adulta pela importante morbimortalidade associada ao envolvimento renal nesta faixa etária, ao contrário do que acontece na população pediátrica.

Hepatite E em Portugal: Casos Clínicos e a Necessidade de Vigilância e Prevenção

Laura Amaral; David Ferreira Prescott; Patricia Vicente; Vasco Evangelista; Maria João Baptista; Liliana Fernandes; Nuno Ferreira; Lia Marques; Ana Lourenço; Fátima Grenho

HOSPITAL CUF TEJO

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

A hepatite E geralmente produz doença ligeira, podendo, no entanto, assumir formas graves, particularmente em grávidas. Em doentes imunocomprometidos pode levar a uma infeção crónica. Em Portugal, os estudos epidemiológicos revelaram seroprevalências de 2,5% a 16,3%, sendo ocasionalmente descritos casos autóctones. Os autores apresentam 3 casos de hepatite E, diagnosticados entre 2023-2024, destacando a sua importância por ser uma das causas de falência hepática aguda e recentes surtos em Portugal.

- Caso 1: Mulher de 53 anos que se apresenta com quadro de icterícia e colúria, precedido de dor abdominal. Refere relação temporal com toma de Etoricoxib e antibioticoterapia.
- Caso 2: Mulher de 54 anos que se apresenta com quadro de náuseas, vómitos e prurido.
- Caso 3: Homem de 47, que se apresenta com desconforto abdominal, associado a icterícia e colúria.

Nos 3 casos, os doentes eram imunocompetentes, analiticamente apresentaram-se com lesão hepática de padrão misto e hiperbilirrubinemia, com valores máximos de alanina aminotransferase de 4411 UI/L, Bilirrubina Total 11.3 mg/dL e Bilirrubina directa 9.40 mg/dL. Nenhum apresentou coagulopatia ou encefalopatia portosistémica. O diagnóstico foi feito através de serologias virais. O tratamento foi essencialmente de suporte, com uso de N-acetilcisteína e ácido ursodesoxicólico em 2 casos, e em nenhum dos casos foi necessária a instituição de Ribavirina. Todos os casos mantiveram seguimento em consulta, sendo que até à data foi objetivada seroconversão num caso.

Os autores pretendem enfatizar a necessidade de vigilância e diagnóstico precoce, especialmente em pacientes com fatores de risco. A hepatite E é geralmente autolimitada, mas o acompanhamento adequado é crucial para evitar complicações graves. A conscientização sobre prevenção e cuidados é essencial, especialmente em áreas endémicas.

Uma inesperada associação entre dor abdominal e um linfoma

Mariana Gaspar Pedrosa; Patrícia Fernandes; Bruno Sequeira Campos; Margarida Cerqueira; Renato Saraiva

CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA / HOSPITAL DE SANTO ANDRÉ

Tema: Doenças hematológicas

O Linfoma Hepático Primário é um Linfoma Não-Hodgkin (LNH) extranodal raro, sendo que a maioria é de células B. Tem apresentação clínica inespecífica desde sintomas B a, mais raramente, dor abdominal nos quadrantes direitos, prurido e icterícia. Trata-se de um diagnóstico com mau prognóstico pela sua natureza agressiva e diagnóstico tardio.

Homem de 69 anos de idade e história de etilismo crónico, naquele momento em abstinência, recorreu à urgência por dor no flanco direito com irradiação para o membro inferior ipsilateral com 1 ano de evolução. Refereia ainda prurido generalizado sem melhoria com anti-histamínico. Ao exame objetivo apresentava abdómen doloroso à palpação nos quadrantes superiores e Murphy renal direito duvidoso. Analiticamente sem alterações e realizou tomografia computadorizada abdomino-pélvica com destaque para lesões hepáticas nodulariformes hipocaptantes e adenopatias celíacas suspeitas de doença metastática. Realizou ainda ressonância magnética abdominal com contraste hepatoespecífico com descrição de 2 massas com hipersinal T2 com restrição à difusão, baço globoso com realce homogéneo sem esplenomegalia e múltiplas adenomegalias. Biópsia hepática concluiu a presença de tecido conjuntivo com infiltrado linfóide com observação de linfócitos, macrófagos e eosinófilos. Estudo imunocitoquímico com positividade para CD20, CD79 alfa e bcl2 e CD43 e Ki69 elevada. Todos os achados foram compatíveis com o diagnóstico de Linfoma de células B da zona marginal. Realizou PET-CT com evidência de doença linfomatosa de alto grau metabólico em atividade a nível hepático, ganglionar supra e infradiafragmático, esplénico e peritoneal/perirrenal. Biópsia da medula óssea revelou ausência de envolvimento medular pelo linfoma. Encaminhado para consulta de Hematologia para provável início de tratamento dirigido.

Com este caso clínico pretende-se alertar para este diagnóstico diferencial num doente com nódulos hepáticos. É importante relembrar que, embora muito pouco frequente, apresenta mau prognóstico, pelo que o diagnóstico precoce é mandatório.

Mycobacterium chimarae mimetizando cancro: um caso de estudo

Sofia Brasil; João Couto; Christine Canizes; João Vitor Vieira; José Seabra de Brito; João Rocha Gonçalves

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

O *Mycobacterium chimarae* é uma micobactéria não tuberculosa oportunista, com longa latência de sintomas inespecíficos que incluem febrícula persistente, fadiga, perda ponderal, tosse, mialgias, dor abdominal e vômitos. Na ausência de diagnóstico e tratamento atempados, pode ser fatal.

Caso Clínico

Mulher de 80 anos. Perda ponderal de 27%, anorexia e astenia com 2 anos de evolução. Início coincidente com diagnóstico de demência de Alzheimer, enquadrado neste contexto. Com o agravamento progressivo da perda ponderal nos 5 meses anteriores (cerca de 13%), é admitida a internamento para estudo, com principal suspeita de síndrome paraneoplásico. Realizou broncofibroscopia com lavado broncoalveolar motivado por padrão *tree in bud* na tomografia torácica. O exame microbiológico e cultura em meio líquido para micobactérias isolou *Mycobacterium chimarae*. Iniciou terapêutica antibacilar durante 12 meses, com recuperação ponderal progressiva e do estado geral.

Discussão

A perda ponderal não intencional em idosos associa-se a morbimortalidade. A avaliação inicial deve incluir uma anamnese completa e exame físico com foco nos sintomas subjacentes. As neoplasias explicam até um terço dos casos, sendo o rastreio oncológico adequado à idade importante. Excluída causa neoplásica, importa considerar as doenças do foro psiquiátrico (9 - 24%) e as infecciosas (9 - 12%). Existem casos descritos de micobacterioses a mimetizarem quadros paraneoplásicos mas, até ao momento, este é o segundo relato de caso para *Mycobacterium chimarae* como causa tratável e de bom prognóstico.

Um caso de bacteriemia suína

Francisco Belchior¹; Ana Constante²; Francisco Pombo²; Lindora Pires²

¹ CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA, EPE / HOSPITAL PADRE AMÉRICO, VALE DO SOUSA

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO TÂMEGA E SOUSA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A bacteriemia é uma complicação infecciosa com consequências potencialmente devastadoras, associada a uma elevada taxa de mortalidade. A infeção por *Streptococcus porcinus* é rara no ser humano, estando habitualmente associada a infeção no porco. Sendo um agente piogénico associa-se a infeções abscedadas nessa espécie. Descreve-se um caso de bacteriemia por *Streptococcus porcinus*, em doente internada por febre de origem indeterminada.

Mulher de 84 anos, com hipertensão arterial, dislipidemia, excesso ponderal e colecistectomia prévia por litíase vesicular. Recorreu ao serviço de urgência por prostração, dor abdominal generalizada, febre e mialgias de uma semana de evolução. Apresentava-se sonolenta, desidratada e febril. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios sistémicos (leucócitos: $18.9 \times 10^3/\mu\text{L}$, PCR: 286,7mg/L e procalcitonina: 32,23ng/mL) e rabdomiólise (CPK: 5306 UI/L, mioglobina: 1231 ng/mL). Realizou TC abdomino-pélvico (AP), com evidência de um nódulo hepático hipodenso de 25mm. Colheu hemoculturas e iniciou antibioterapia empírica sob ceftriaxone, com isolamento em 2 delas de *Streptococcus porcinus*. Negava contato habitual com porcos mas com consumo frequente de carne suína. Ecocardiograma transtorácico sem evidência de vegetações. Pela persistência de ausência de foco realizou angioTC AP, com múltiplas áreas sugestivas de coleção em abcedação hepáticas, de 48 x 61 mm, presença de trajeto fistuloso entre o estômago e o fígado, e estrutura sugestiva de corpo estranho. Submetida a laparoscopia exploradora, identificação de uma espinha de peixe alojada no duodeno e fígado, com formação de fístula, abscesso hepático e duodenal. Após controlo cirúrgico do foco, e mantendo ceftriaxone, apresentou evolução clínica e analítica favoráveis, tendo tido alta ao fim de 15 dias de internamento.

O *Streptococcus porcinus* é um agente muito raro de infeção no ser humano. Contudo, provoca frequentemente infeção no porco. Tendo em conta a presença de uma espinha de peixe, com perfuração duodenal e formação de abscessos duodenal e hepático, teoriza-se a probabilidade da bacteriemia ter ocorrido secundariamente à perfuração visceral e por via de consumo de carne suína. Este caso reforça a necessidade de pesquisa sistemática de foco, particularmente em casos não explicados de bacteriemia.

Hepatite Auto-Imune Induzida por Anastrozol: Um Diagnóstico Desafiante

Catarina Pinto da Silva; Dany Cruz; Flávia Fundora Ramos; Beatriz Rosa; Flávia Freitas; Márcia Ribeiro; Carlos S.Oliveira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BARCELOS/ESPOSENDE

Tema: Outro

O anastrozol, um inibidor da aromatase amplamente utilizado no tratamento do carcinoma da mama hormonodependente, pode estar associado a toxicidade hepática, incluindo hepatite auto-imune. Relatamos um caso raro de hepatite auto-imune induzida por anastrozol, inicialmente com suspeita de lesão hepática induzida por fármaco (DILI), destacando a importância do diagnóstico diferencial.

Mulher de 81 anos, com antecedentes de fibrilhação auricular (FA) e adenocarcinoma da mama esquerda sob anastrozol 1 mg/dia. Internada em agosto de 2024 por insuficiência cardíaca (IC) agudizada, apresentando citocolestase inicialmente atribuída à congestão hepática, com melhoria laboratorial concordante à compensação clínica. Um mês depois, recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal inespecífica, apresentando nova elevação do perfil hepático (**AST: 420 U/L, ALT: 460 U/L, FA: 620 U/L, GGT: 600 U/L**), com internamento subsequente para estudo.

Do estudo:

Estudo viral: Hepatites A, B, C, E, citomegalovírus e Epstein-Barr negativos.

Autoimunidade: ANA 1/160 nuclear mosqueado, sem outros autoanticorpos relevantes.

Restante estudo: elevação de imunoglobulina G (1800).

TC Abdominopélvica: Hepatomegalia discreta.

Colangio-RMN: Discreta proeminência das vias biliares intra-hepáticas, sem dilatação biliar significativa.

Biópsia hepática: Hepatite crônica com atividade interface ocasional, sem fibrose, compatível com um possível diagnóstico de hepatite autoimune de score limítrofe (1+). As alterações histológicas foram sugestivas de toxicidade medicamentosa, nomeadamente associada ao anastrozol.

Dada a sobreposição entre hepatite autoimune e hepatite autoimune induzida por fármacos, a avaliação histológica foi crucial, sendo que optou-se por suspender o fármaco e iniciar corticoterapia o que levou à melhoria clínica, algo que não seria expectável numa DILI.

Nas semanas subsequentes, houve regressão gradual dos parâmetros hepáticos e normalização das transaminases e da fosfatase alcalina em aproximadamente 3 meses. Este caso ilustra a necessidade de um alto índice de suspeição para a hepatite autoimune induzida por fármacos (DIAIH). A biópsia hepática desempenhou um papel fundamental na distinção entre patologias e embora entidade rara, foi imperativo pensar-se no diagnóstico.

Insuficiência Renal Rapidamente Progressiva: Um Caso de Amiloidose AL

Inês Graça; Tânia Maia; Eduardo Eiras; Maria João Rocha; Alexandre Vasconcelos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Tema: Doenças renais

Introdução

A Amiloidose AL é a forma mais comum de amiloidose sistémica nos países ocidentais. É mais prevalente em homens, na faixa etária dos 65 anos. Resulta de alterações conformacionais das cadeias leves das imunoglobulinas, com origem num clone plasmocitário, levando à sua deposição em tecidos sob a forma de fibrilhas. Pode afetar todos os órgãos com exceção do SNC, especialmente, coração (~80%) e rim (~65%), levando a disfunção progressiva e morte.

Caso clínico

Mulher, 79 anos com antecedentes de fatores de risco vascular e lombalgia crónica para a qual faria anti-inflamatórios de forma sustentada desde há vários anos. Foi encaminhada ao serviço de urgência por lesão renal aguda com creatinina sérica (sCr) 4.82 mg/dL (10 meses antes com sCr 0.81 mg/dL) e exame sumário de urina com proteinúria nefrótica (ratio proteína/creatinina 10g/g) e hemoglobinúria. Associadamente, referia astenia, anorexia, náuseas, e hipersudorese, com cerca de 6 meses de evolução. Sem outras queixas associadas. Ao exame objetivo de positivo, hipertensão e edema ligeiros. Analiticamente sem anemia, sem hipercalcemia ou síndrome nefrótica. Do estudo realizado destacou-se imuno-electroferese sérica e urinária compatível com gamapatia monoclonal IgG/lambda. Realizou biópsia renal com diagnóstico de Amiloidose AL. O ecocardiograma foi sugestivo de envolvimento cardíaco (hipertrofia ventricular esquerda concêntrica moderada), embora a doente se encontre assintomática e com perfil tensional controlado. A doente foi referenciada a Hematologia tendo iniciado esquema de quimioterapia com protocolo DARACYBORD.

Discussão/Conclusão

Este caso clínico reporta uma forma atípica de apresentação de Amiloidose AL com proteinúria grave, sem síndrome nefrótica, e com lesão renal aguda de instalação rápida. O diagnóstico desta doença é histológico e obriga à biópsia de um órgão afetado. O envolvimento cardíaco tem elevado impacto prognóstico, sendo que quando em fase avançada ao diagnóstico acarreta risco aumentado de morte precoce. Sendo assim, o diagnóstico e tratamento precoces são cruciais no prognóstico desta doença.

O dedo que adivinha – Um caso de blue toe syndrome após início de hipocoagulação

Filipa Ribeiro Trigo; Sara Vilela; Alexandre Vasconcelos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Tema: Doenças renais

Introdução

A doença ateroembólica caracteriza-se pela embolização distal de cristais de colesterol com origem numa placa aterosclerótica, associando-se a elevada morbimortalidade. Pode manifestar-se por lesão renal aguda/subaguda e *blue toe syndrome*. Apesar de raro, sabe-se que a introdução de hipocoagulação configura um precipitante por disrupção da placa aterosclerótica.

Caso clínico

Doente do sexo feminino, 77 anos. Antecedentes de hipertensão arterial mal controlada, dislipidemia, doença renal crónica estágio 4 A3 (creatinina basal 2.5 mg/dL), doença aterosclerótica difusa e fibrilhação auricular paroxística a motivar introdução recente de hipocoagulação. Referenciada da consulta externa de Nefrologia para internamento e estudo de lesão renal aguda KDIGO 3 (creatinina à admissão de 5.1 mg/dL). À admissão, com noção subjetiva de redução do débito urinário. Durante o internamento, documentadas lesões purpúricas no antebraço esquerdo e *blue toe* do 5º dedo do pé direito com evolução para *blue toe* nos restantes dedos do pé direito e 4º e 5º dedos do pé esquerdo, a sugerir componente ateroembólico, pelo que suspendeu hipocoagulação. Avaliada por Oftalmologia, tendo sido documentado êmbolo de colesterol na região vascular temporal superior do olho direito. Analiticamente, com eosinofilia transitória. Assumida doença ateroembólica disseminada iatrogénica após introdução recente de hipocoagulação.

Discussão

O diagnóstico da doença ateroembólica é desafiante e as manifestações clínicas podem ser subreptícias o que exige um olhar atento, destacando-se a presença de *blue toe syndrome*. Sabe-se que os precipitantes são maioritariamente iatrogénicos, no entanto a introdução recente de hipocoagulação é uma causa incomum, pelo que o caso se revela de suma importância para o reconhecimento desta entidade.

Drug-Induced Liver Injury (DILI) a Fosfomicina

Emanuel Carção; Ricardo Pereira; Cátia Canelas; Fernando Salvador

CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, EPE / HOSPITAL DE VILA REAL

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

A fosfomicina é um antibiótico de largo espectro, reconhecida como uma opção segura e eficaz no tratamento de infeções do trato urinário não complicadas, estando recomendada como tratamento de primeira linha em Portugal. Recentemente, tem também sido usada no tratamento de infeções sistémicas devido a microrganismos multirresistentes, sobretudo através de administração endovenosa. O fármaco é geralmente bem tolerado, sendo a maioria dos efeitos adversos leves e de atingimento gastrointestinal. Embora a hepatotoxicidade associada à fosfomicina seja rara, ligeira e autolimitada, há relatos de caso graves.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 88 anos com lesão hepatocelular aguda [aumento de transaminases, com alanina aminotransferase inicial $> 25\times$ valor de referência, e fator $R = 8,8$] que recorre ao serviço de urgência com queixas de náusea, vómitos e mal-estar geral de início dois dias após a toma de duas doses de 3 g de fosfomicina oral. Foi internada e foram excluídas hepatite vírica, isquémica, alcoólica e autoimune, bem como doenças do metabolismo e distúrbios biliares. Foi realizada ecografia abdominal que mostrou achados consistentes com esteatose hepática moderada. Não foi instituída terapêutica dirigida à lesão hepática e a doente apresentou melhoria clínica e analítica, com quase normalização dos marcadores de lesão do fígado em menos duas semanas, sem sinais ou marcadores de disfunção/insuficiência hepática. O *Roussel Uclaf Causality Assessment Method (RUCAM)* foi calculado, resultou em 10 (*DILI* altamente provável) e foi diagnosticada *DILI* secundária a fosfomicina.

Assim, relembramos que a hepatotoxicidade pode estar associada a fármacos conhecidamente seguros e bem tolerados como a fosfomicina, e que existem ferramentas que podem ser úteis ao aumentar a confiança do diagnóstico.

Tuberculose abdominal: um enigma diagnóstico

Catarina Fidalgo Dourado; Cristina Duarte; Margarida Antunes; Énio Afonso; Sara Casanova; Luísa Fraga Fontes

HOSPITAL CUF DESCOBERTAS

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A tuberculose extrapulmonar representa 15% dos casos de infeção por *Mycobacterium tuberculosis*, sendo a apresentação abdominal rara e de difícil diagnóstico. As manifestações clínicas variam consoante o órgão envolvido.

Caso Clínico

Mulher de 54 anos, natural de Angola e residente entre Portugal e Angola. Apresentou aumento do perímetro abdominal, astenia, febre noturna e perda de peso com 1 mês de evolução. A ecografia abdominal revelou um nódulo hepático e ascite, tendo a tomografia computadorizada (TC) abdominal sugerido carcinomatose peritoneal. Analiticamente apresentava linfopenia, aumento de parâmetros inflamatórios e discreta colestase hepática. A análise de líquido ascítico revelou adenosina deaminase elevado, predomínio de linfócitos, sem evidência de células neoplásicas, exame bacteriológico e pesquisa de *M. tuberculosis* por método de *polymerase chain reaction* (PCR) negativos. Sem sinais de hipertensão portal.

Realizou ressonância magnética que reforçou a suspeita de carcinomatose peritoneal, sugerindo metastização linfática e hepática. A TC-tórax não revelou alterações. Realizou biópsia hepática, que revelou hepatite granulomatosa necrotizante, sem deteção de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR), micobactérias por PCR e culturas negativas. Face à persistência do quadro, foi realizada laparotomia exploradora com biópsia peritoneal, que evidenciou peritonite granulomatosa, também com pesquisa BAAR e micobactérias por PCR negativas. Destaca-se *interferon gamma release assay* negativo e exclusão de outras doenças granulomatosas e infecciosas. A doente teve alta com resultados em curso.

Na reavaliação, verificou-se crescimento de *M. tuberculosis Complex* nas 3 amostras de culturas da biópsia peritoneal, tendo iniciado terapêutica anti-bacilar.

Discussão

Este caso ilustra uma apresentação de tuberculose sem envolvimento pulmonar. O diagnóstico foi desafiante pela apresentação inespecífica e os achados imagiológicos que sugeriam neoplasia, embora o contexto clínico e histopatológico reforçaram a suspeita de tuberculose, confirmada posteriormente pelas culturas das biópsias. A hepatite e peritonite granulomatosas são entidades pouco comuns, pelo que se optou por aguardar os resultados definitivos das culturas para iniciar terapêutica.

Linfoma Primário do Pericárdio: um caso raro

Catarina Fidalgo Dourado; Joana Costa Simões; Margarida Antunes; Luísa Fraga Fontes

HOSPITAL CUF DESCOBERTAS

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

O linfoma primário do pericárdio é uma entidade extremamente rara (<2% dos tumores primários cardíacos), sendo na sua maioria linfoma difuso de grandes células B. Apresenta-se como uma massa de tecidos moles mal definida, que nem sempre é visualizada, associada a derrame pericárdico.

Caso Clínico

Mulher de 75 anos, com história médica de bócio multinodular tóxico tratado, dislipidemia, hipertensão arterial. Sem neoplasia conhecida ou imunossupressão.

Recorre ao atendimento permanente por queixas de dispneia para esforços de agravamento progressivo e edema dos membros inferiores com quatro dias de evolução. Sem outros dados relevantes, nomeadamente febre, perda ponderal, sudorese noturna ou síndrome gripal recente. Analiticamente sem alterações, com exceção da elevação de D-Dímeros 3089ng/mL (N<500). Realizada angiotomografia torácica que excluiu tromboembolismo pulmonar e evidenciou moderado derrame pericárdico e ligeiro derrame pleural bilateral. Admitida insuficiência cardíaca inaugural, tendo alta medicada para ambulatório. Reavaliada por Cardiologia 6 dias depois, em que realizou ecocardiograma com evidência de tamponamento cardíaco.

Nesta sequência ficou internada, realizada pericardiocentese com saída de 850mL de líquido hemático. Excluída tuberculose, patologias autoimune e infecciosas. Citologia positiva para células neoplásicas com linfócitos de tamanho grande e atipia nuclear, cuja imunohistoquímica sugere linfoma difuso de grandes células B. A tomografia por emissão de positrões não revelou outra localização da doença. Após avaliação por Hematologia, iniciou quimioterapia com boa tolerância. O ecocardiograma de controlo excluiu recorrência de derrame pericárdico e boa função bi-ventricular.

Discussão

Este caso representa um caso raro de diagnóstico inaugural de linfoma primário do pericárdio, sem invasão de outras estruturas, com quadro inicial interpretado como insuficiência cardíaca inaugural. A citologia do líquido pericárdico revelou-se fundamental para o diagnóstico e consequente instituição de terapêutica dirigida.

Síndrome de Weil e Linfoma B Difuso de Grandes Células: Um Desafio Diagnóstico

Ana C. Borges¹; Pedro Lopes²; Mariana Guerra¹; Sara Leitão¹; Lèlita Santos¹

¹ ULS COIMBRA

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A Síndrome de Weil é uma forma grave de leptospirose, uma zoonose causada pela *Leptospira interrogans*, transmitida pelo contato com urina de roedores. Caracteriza-se por icterícia, insuficiência renal aguda e discrasias hemorrágicas.

Caso clínico

Homem de 81 anos, com artrite psoriática sob prednisolona 5 mg id e salazopirina 500mg, admitido por febre, lentificação psicomotora e anorexia há 24 horas. Residente em meio rural, com exposição a roedores. Relatava perda de peso superior a 10 kg em seis meses.

Ao exame objetivo, apresentava febre (38.4°C) e sem outras alterações. O rastreio séptico foi inconclusivo, mas iniciou ceftriaxone e doxiciclina empiricamente. Após cinco dias, manteve febre a cada quatro horas, levando à suspensão dos antibióticos e realização de período janela. Nesta altura, apresentava-se hipotenso, icterico e com hiperémia conjuntival bilateral.

As análises exibiam trombocitopenia (85.000/uL), lesão renal aguda (débito urinário <500 mL/24h), hiperbilirrubinémia direta (total/direta = 8/5.7 mg/dL) e PCR 27.85 mg/dL. As serologias confirmaram leptospirose (IgM: 36.3 U/mL). Foi iniciado piperacilina-tazobactam e azitromicina, com boa resposta.

No entanto, a presença de eritroblastos no ESP levantou suspeita de síndrome hemofagocítica, dado que apresentava também hepatoesplenomegalia, hiperferritinémia e hipertrigliceridémia.

O mielograma, biópsia de medula óssea e PET-FDG identificaram um Linfoma B difuso de grandes células (LBDGC), com envolvimento ganglionar, esplénico, medular e ósseo, com alto grau metabólico, explicando a perda de peso.

A Síndrome de Weil pode apresentar-se de forma mais grave em indivíduos imunodeprimidos. O período de incubação pode ser prolongado (7-14 dias), atrasando o aparecimento das manifestações clássicas e dificultando o diagnóstico inicial. Neste caso, a identificação de um LBDGC de alto grau metabólico ilustra a complexidade diagnóstica, já que a sobreposição de sintomas dificultou o reconhecimento da neoplasia. O LBDGC é agressivo, com prognóstico dependente da extensão da doença e da resposta terapêutica. A leptospirose permitiu investigar a perda ponderal, levando ao diagnóstico tardio de um linfoma não identificado. Apesar do diagnóstico, a evolução foi desfavorável, culminando no óbito após um mês de internamento.

Epistaxis, cefaleia e adenopatias cervicais - Tríade de um carcinoma nasofaríngeo

**Bruno Sequeira Campos¹; Beatriz André Marques²; Mariana Pedrosa¹; Ricardo Ascensão¹;
Joana Filipe Leite¹; Renato Saraiva¹**

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE LEIRIA

² INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA LISBOA

Tema: Doenças oncológicas

O carcinoma nasofaríngeo é um tipo de neoplasia que se origina a partir da mucosa escamosa da nasofaringe, fortemente associado ao Vírus Epstein-Barr (EBV), sobretudo em regiões endémicas como a Ásia e Norte de África. Tem pico de incidência da quarta à sexta décadas de vida. Pode ter 3 tipos: não queratinizante (mais frequente), queratinizante e basalóide.

Apresentamos um caso de uma mulher de 39 anos, de origem brasileira, em Portugal há 2 anos, com antecedentes pessoais de anemia ferropénica e parto 9 meses antes, recorre ao serviço de urgência por quadro de astenia, aumento dos gânglios cervicais com 4 semanas de evolução e, nas últimas 2, com episódios de hematemeses, epistaxis e cefaleia frontoparietal. Quando questionado, refere perda de peso ponderal nos últimos meses, sem conseguir quantificar.

Ao exame objetivo, destacamos hiperemia conjuntival direita e pronação de ambas as mãos na prova de braços estendidos. Analiticamente, sem alterações de relevo. A tomografia computadorizada evidencia uma “lesão expansiva centrada na placa cribiforme com morfologia halterfírmica, extensão superior paramediana direita intracraniana e descendente etmoidal. Contacta com o tecto da órbita direita.” A nível cerebral apresenta extensa área de edema com desvio das estruturas medianas para a esquerda. A nível cervical, inúmeras formações ganglionares, sobretudo à direita, provavelmente metastáticas. Colocada hipótese diagnóstica de esteseuroblastoma, corroborada posteriormente por ressonância magnética. Iniciada dexametasona pelo extenso edema vasogénico.

Transferida para a Neurocirurgia do hospital de referência, tendo sido submetida a craniotomia paramediana direita. Estudo anatomopatológico e imunohistoquímico a revelar carcinoma epidermóide não queratinizante, associado ao EBV, invadindo dura-máter, meninges e parênquima cerebral.

Encontra-se atualmente em esquema de quimio e radioterapia por ressecção cirúrgica subótima, com intuito curativo.

Com este caso, pretendemos alertar para esta neoplasia rara, particularmente numa altura de altos fluxos migratórios, surgindo um leque novo de patologias pouco frequentes no nosso país e na Europa.

Espondilodiscite e Endocardite Infeciosa: Uma Jornada Diagnóstica Desafiante

Mariana Martins Esteves; Ricardo Pereira; João Pedro Moreira; Sandra A. Morais

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A febre de origem indeterminada representa um desafio diagnóstico, exigindo uma abordagem sistemática e multidisciplinar. A identificação precoce de sinais atípicos é fundamental para detetar entidades subdiagnosticadas e potencialmente graves. Estudos mostram que a prevalência de endocardite infecciosa (EI) em doentes com espondilodiscite varia entre 7% e 30,8%. Apresentamos um caso clínico que ilustra a complexidade diagnóstica e terapêutica dessa associação, destacando a importância da vigilância clínica e da abordagem multidisciplinar.

Caso Clínico

Homem, 66 anos, antecedentes de craniofaringioma intervencionado, pan-hipopituitarismo parcial e diabetes insípida central, admitido por febre (máx. 39,7°C) com uma semana de evolução, associada a mialgias intensas com incapacidade funcional. Sem outra sintomatologia associada. A investigação revelou leucocitose com neutrofilia, PCR elevada e alteração da enzimologia hepática com padrão colestático. TC-TAP sem alterações. Hemoculturas (HC) positivas para *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina. Líquido cefalorraquidiano revelou pleocitose discreta, proteinorráquia e consumo de glicose, com cultura negativa. PET com achados sugestivos de espondilodiscite C4/C5 e L4/L5, confirmadas por RMN da coluna vertebral, sem indicação cirúrgica. A RMN cerebral não mostrou alterações significativas. Iniciou antibioterapia dirigida, com melhoria analítica e negatificação seriada de HC. No 12º dia de internamento desenvolve sopro cardíaco de novo, sem sintomatologia sugestiva de insuficiência cardíaca. Ecocardiograma transesofágico mostrou EI mitral com perfuração valvular e regurgitação severa. Foi submetido a cirurgia cardíaca com substituição valvular mitral e plastia da tricúspide. Evoluiu favoravelmente sob antibioterapia prolongada, tendo alta para unidade de reabilitação.

Discussão

A associação entre espondilodiscite e EI cursa com pior prognóstico, além de ser frequentemente subdiagnosticada, sendo essencial um elevado grau de suspeição. A identificação precoce de sopro cardíaco *de novo* foi determinante para o diagnóstico e intervenção atempada da EI. Este caso destaca a relevância do reconhecimento precoce de sinais de gravidade associados a infeções disseminadas, melhorando prognóstico do doente.

Listeriose Invasiva e Diabetes Mellitus em Doente Jovem: Conexão Crucial

Mariana Martins Esteves; Ricardo Pereira; João Pedro Moreira; Sandra A. Morais

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A listeriose é uma infeção bacteriana rara, mas relevante epidemiologicamente, estando associada ao consumo de alimentos contaminados. A apresentação com envolvimento do sistema nervoso central (SNC) é grave e pode ter sequelas significativas. Este caso destaca a ocorrência de listeriose invasiva em doente com diagnóstico de diabetes mellitus (DM) de novo.

Caso Clínico

Homem, 41 anos, obesidade grau 3 e hipertenso, sob perindopril, admitido no SU por febre persistente há cinco dias (máx. 39.1°C), picos 4-4 horas, com parca resposta a antipiréticos. Sem sintomas respiratórios ou gastrointestinais. Referia perda de peso nos últimos meses, associada a polifagia, polidipsia e poliúria. Sem viagens recentes ou consumo de águas não tratadas, produtos lácteos não pasteurizados ou enchidos. Sem conviventes doentes. Analiticamente, leucocitose (19.590/ μ L) com neutrofilia (16.300/ μ L), PCR 25.16 mg/dL, glicemia 376 mg/dL, HbA1c 11.6%, cetonúria (3+) e cetonemia 0.8 mmol/L, sódio corrigido 134 mEq/L, pH 7.42 e HCO₃⁻ 22.6. TC TAP sem alterações de relevo. Durante o internamento, manteve-se febril, com queixas de cefaleias frontais e fotofobia. Punção lombar revelou pleocitose (648 células/ μ L), proteinorráquia e cultura negativa. Hemoculturas positivas para *Listeria monocytogenes*, sensível à ampicilina. Iniciou ampicilina 2g de 4/4h e gentamicina 5 mg/kg/dia. TC cerebral sem alterações, mas RM-CE evidenciou discreto reforço meníngeo, compatível com meningite. Ecocardiograma sem evidência de endocardite. Cumpriu 21 dias de ampicilina (9 dias em associação com gentamicina), com normalização dos parâmetros inflamatórios, negatificação de culturas e recuperação clínica total. Em relação à DM, inicialmente controlo glicémico com insulina, posterior introdução faseada de antidiabéticos orais, com bom controlo glicémico.

Discussão

A listeriose invasiva com afeção do SNC é uma entidade clínica grave. Estudos sugerem que a DM pode ser fator predisponente, destacando a importância do controlo glicémico na prevenção de infeções bacterianas graves. Este caso reforça o papel da DM na maior suscetibilidade a infeções invasivas e destaca a necessidade de uma suspeição diagnóstica precoce para listeriose em doentes com febre de origem desconhecida, especialmente em indivíduos com fatores predisponentes.

“Na hora de apertar o cinto” – Um caso clínico

Rita Féria; Pedro Moules; Ana Cristina Grilo; Fernando Martos Gonçalves

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

Os sarcomas de tecidos moles são tumores extremamente raros, apenas 1% das neoplasias malignas do adulto. Têm origem mesenquimatosa e podem ocorrer em qualquer localização, sendo mais frequentes nas extremidades. Manifestam-se insidiosamente por uma massa indolor de crescimento progressivo, sendo sintomático por invasão ou compressão.

Caso Clínico

Descrevemos o caso de um homem de 73 anos, autónomo, com história de hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo não ativo. Medicado com sinvastatina e irbesartan.

No seu estado habitual até 6 meses antes altura em que nota tumefação na parede abdominal inferior direita, sem alterações cutâneas associadas, inicialmente indolor apenas notada por incómodo associado a vestuário. Nesse período aumento progressivo do volume da mesma com dor associada com irradiação dorsal e ao membro inferior direito, motivo pelo qual recorreu ao serviço de urgência.

Referia anorexia e perda ponderal, sem outra sintomatologia.

Objetivamente vígil e colaborante, ansioso, sem défices neurológicos. Corado, hidratado e emagrecido. Hemodinamicamente estável, eupneico, sem sinais de dificuldade respiratória, tosse ou alterações à auscultação. Abdómen com assimetria volumétrica na fossa ilíaca direita, com massa pétrea palpável com ~10cm de maior diâmetro, móvel sob planos superficiais, mas fixa sobre profundos e mal delimitada. Sem outras massas ou organomegalias palpáveis. Sem adenopatias palpáveis. Tireoide sem nódulos palpáveis.

Realizada TC toracoabdominopélvica a revelar volumosa lesão heterogénea (8x8x7cm) na espessura e com invasão dos músculos oblíquos direitos, extensão ao músculo ileopsoas ipsilateral (6x5x4cm), adenopatias suspeitas ipsilaterais, lesão pulmonar (~2cm) basal esquerda, lesões suprarenais bilateralmente, múltiplos nódulos pulmonares suspeitos. Realizou biópsia guiada por TC que revelou sarcoma indiferenciado, tendo sido orientado para consulta específica, mas evolução desfavorável rápida tendo vindo a falecer antes de iniciar terapêutica dirigida.

Conclusões

Este caso exemplifica uma manifestação comum de uma patologia extremamente rara, ilustrando o paradigma do diagnóstico tardio pelo seu desenvolvimento assintomático e manifestação em estádios avançados.

Granulicatella adiacens - um agente atípico de artrite séptica

Beatriz Correia Rodriguez; Rui Ferreira; Cátia Barra; Ana Magalhães; Ana Borges; Isabel Fonseca; Lèlita Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

Granulicatella adiacens é um agente comensal das superfícies mucosas. Estima-se que a sua incidência como agente etiológico de doença esteja subestimada pela dificuldade em realizar culturas deste.

Caso clínico

Homem, 74 anos - submetido a implantação de válvula aórtica biológica 4 meses antes e exodontia com profilaxia antibiótica 2 meses antes - desenvolveu febre, anorexia, astenia, 9% de perda ponderal e lombalgia de características mistas (com persistência durante período noturno, refratária a analgesia). Dada a suspeita de espondilodiscite, realizou tomografia computadorizada que revelou apenas alterações degenerativas da coluna vertebral. Após identificação de cocos gram positivos em hemocultura e pela suspeita de endocardite, iniciou antibioterapia empírica com Vancomicina, Gentamicina e Rifampicina. Realizou ecocardiograma transesofágico, sem identificação de vegetações. Os cocos gram positivos foram identificados como *Granulicatella adiacens* - não foi disponibilizado teste de sensibilidade antimicrobiana, dada a natureza fastidiosa do agente. Realizou ressonância magnética identificando-se osteoartrite séptica de L4-L5 direita. Cumpriu 13 dias de Gentamicina com Vancomicina EV e posteriormente apenas Vancomicina até cumprir 4 semanas de antibioterapia. Verificou-se melhoria analítica e imagiológica.

Discussão

O caso ilustra o elevado grau de suspeição necessária para o diagnóstico de artrite séptica de articulações axiais, dada a sua baixa frequência e apresentação inespecífica. Da revisão efetuada, apenas se identificou um caso publicado de artrite séptica espontânea em articulação nativa por este agente.

Insuficiência suprarrenal: quando suspeitar?

Cristiana Lopes; Marta F. Costa; Joana Sotto Mayor; Cindy Tribuna

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

A insuficiência suprarrenal primária (ISRP) é uma condição rara, frequentemente subdiagnosticada devido à sua apresentação inespecífica.

Mulher de 70 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, fibromialgia e patologia osteoarticular. Internada por infeção SARS-CoV-2. Durante o internamento, foi documentada hiponatremia hipovolémica (Na^+ 124 mmol/L), com resolução após fluidoterapia com NaCl 0.9%. Cerca de um mês após a alta, em consulta de Medicina Interna, relatava fadiga, tonturas e mialgias difusas. Analiticamente, verificou-se nova hiponatremia (Na^+ 131 mmol/L) associada a hipercaliémia (K^+ 5.9 mmol/L) e hipoglicemia (63 mg/dL). Ao exame objetivo, apresentava perfil hipotensivo (TA 99/62 mmHg), sem outras alterações e sem sinais de hiperpigmentação cutânea.

Foi realizado doseamento hormonal sérico com cortisol basal de 8.91 µg/dL e ACTH elevado (102 pg/mL). A aldosterona encontrava-se normal (9.31 ng/dL) com renina plasmática aumentada. O teste de estimulação com ACTH não demonstrou resposta adequada do cortisol (valores inalterados aos 30 e 60 minutos). Doseamento de anticorpos anti-suprarrenais negativo. A TC abdominal não revelou alterações das glândulas suprarrenais ou massas suspeitas. Foi iniciada terapêutica de substituição com fludrocortisona (0.1 mg/dia) e hidrocortisona (10 mg de manhã + 5 mg à tarde), com melhoria significativa da sintomatologia.

Este caso ilustra a importância de uma elevada suspeição clínica para diagnóstico precoce de ISRP, evitando desta forma complicações graves, nomeadamente, a crise adrenal, uma emergência médica resultante da falência aguda da produção de corticosteroides. Pode ser precipitada por situações de stress, infeções, trauma, cirurgia, desidratação ou suspensão abrupta da terapêutica, podendo ser fatal se não for prontamente tratada. O seguimento clínico rigoroso e a otimização terapêutica são essenciais para a melhoria da qualidade de vida destes doentes.

Semear para colher

**Francisco Guerra Matos; Paula Marques Ferreira; Ricardo Monteiro Pedrosa;
Diana Sofia Sousa Chaves**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A hemocromatose hereditária (HH) é uma doença causada por mutação do gene que codifica a proteína reguladora da homeostasia do ferro (HFE), com manifestações em diferentes órgãos-alvo. Exemplos destas são: doença hepática crónica, insuficiência cardíaca, *diabetes mellitus* (DM) e artrite por deposição.

Caso clínico

Os autores apresentam o caso de uma doente de 61 anos, com antecedentes patológicos de obesidade, esteatose hepática, hipertensão arterial e DM tipo 2. Foi enviada à consulta externa (CE) de Medicina Interna (MI) por hiperferritinemia de 998 nanogramas por mililitro (ng/mL). Negou sintomatologia, toma de fármacos relevantes neste contexto, suporte transfusional e história familiar de relevo. Do estudo efetuado destacou-se: hemoglobina de 16,2 gramas por decilitro; ferritina de 812 ng/mL; capacidade total de fixação de ferro de 303 microgramas por decilitro; mutação do gene HFE H63D em heterozigotia; concentração de ferro hepático estimada por ressonância magnética de 5 miligramas por grama de peso seco do fígado. Iniciou flebotomias um ano mais tarde após resultado de índice de saturação de transferrina de 46% em análise de controlo. Mantém seguimento em CE com boa resposta clínica e analítica. Foi pesquisada a presença de hiperferritinemia na sua família, sendo encontrada em quatro das suas cinco irmãs e num dos seus sobrinhos até ao momento. Destas, três, com ferritinemias de 1132 ng/mL, 1100 ng/mL e 366,8 ng/mL, são seguidas em CE de MI e aguardam resultado de mutação do gene HFE. A outra irmã tem ferritina de 430,1 ng/mL e já foi encaminhada para a sua primeira CE de MI. O sobrinho tem resultado recente de 400 ng/mL e terá consulta no seu médico de família para orientação.

Conclusão

Apesar da ausência de história familiar, o estudo de hiperferritinemia nesta doente permitiu o diagnóstico de HH em vários membros da família. A vigilância e tratamento adequados irão minimizar as complicações ao longo das suas vidas.

How low can you go? Desdiferenciação de neoplasia do pâncreas com síndrome carcinoide em insulínoma

Hugo Jorge Alves; André Santos; Sara Frazão de Brito; João Antunes; Carla Noronha; Célia Machado

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

Os tumores neuroendócrinos do pâncreas constituem uma minoria das neoplasias pancreáticas (2%). Destes 2%, 20-30% são produtores hormonais associados a síndromes clínicas. Apesar de o tipo de hormona produzida não ter importância prognóstica oncológica, a sua manifestação é significativa na gestão do doente.

Caso Clínico

Homem, 64 anos. História de tumor neuroendócrino do pâncreas G3 com metastização hepática difusa com diagnóstico após apresentação inicial de síndrome carcinoide. Submetido a 3 linhas terapêuticas, sem resposta tumoral, com controlo sintomático.

Recorre ao Serviço de Urgência 3 vezes no espaço de 10 dias por hipoglicémias sintomáticas com lentificação psicomotora, ficando internado por hipoglicémia refratária com necessidade de perfusão contínua de Dextrose a 5%.

Realizado estudo de hiperinsulinismo em hipoglicémia (16mg/dL) com elevação de insulina e péptido C – 5.7 e 3.2 vezes o limite superior do normal, respetivamente.

Realizada PET que demonstra progressão de doença com agravamento de metastização hepática e envolvimento ganglionar celiaco e bronchilar bilateral de novo.

Tentativas sequenciais de terapêutica com Prednisolona, Diazóxido, Ocreótido, Lanreótido e novas linhas de Quimioterapia, sem resposta. Melhoria transitória de perfil glicémico com Everolimus permitindo suspensão de soro dextrosado, com posterior necessidade de suspensão por pancitopenia e ressurgimento de hipoglicémia refratária. Ensaada quimioembolização de metástases hepáticas, sem melhoria, evoluindo para um quadro de insuficiência cardíaca e falecimento posterior.

Conclusão

A alteração fenotípica de tumores neuroendócrinos, apesar de excepcionalmente rara, encontra-se descrita em múltiplos casos na literatura, sendo maioritariamente associada a neoplasias G3 (pouco diferenciadas) e progressão de doença. Apesar da produção hormonal não definir o prognóstico oncológico, a sua alteração pode alertar-nos para a possível progressão de doença.

Um caso grave de Doença Pneumocócica Invasiva

António Cardoso Fernandes; André Colmente; Ana Patrícia Coelho; Margarida Peixoto; Sara Armelim Alves; Ana Rita Parente; Duarte Lages Silva; Sérgio Lascasas; José Calheiros; Rogério Corga da Silva; Pedro Moura; José Miguel Sá

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução

A doença pneumocócica invasiva (DPI) é uma infeção grave causada por *Streptococcus pneumoniae* em locais estéreis, como a corrente sanguínea, meninges, articulações, líquido pleural ou peritонеu. A mortalidade intra-hospitalar para pneumonia pneumocócica varia entre 18-23%, aumentado para registos de 52-65% nos casos de choque séptico.

Caso Clínico

Mulher de 33 anos. Antecedentes de Mioma uterino. Recorre ao Serviço de Urgência por febre com 3 dias de evolução. Diagnosticada pneumonia bilateral adquirida na comunidade com insuficiência respiratória grave (Influenza B positivo e antigenúria de *Streptococcus pneumoniae* positiva). Internada na Unidade de Cuidados Intensivos com Ceftriaxone, Azitromicina e Oseltamivir, sob ventilação não invasiva. Agravamento com necessidade de ventilação mecânica invasiva. Isolamento de *S. pneumoniae* em hemoculturas (diagnóstico de DPI). Evolução desfavorável, com escalada de antibioterapia para Piperacilina/Tazobactam, sem melhoria.

Complicação com pneumonia associada a ventilador a *Stenotrophomonas maltophilia*, com áreas de necrose. Escalada antibioterapia, embora com agravamento progressivo e necessidade de resgate para ECMO-VV. Traqueostomizada a 20/01 sem intercorrências. Melhoria paulatina com possibilidade de descanulação do ECMO a 31/01. Cumpru antibioterapia dirigida com Trimetropim/Sulfametoxazol e Minociclina. Evolução favorável, embora com as sequelas inerentes ao internamento prolongado. Destaque para fraqueza muscular associada aos cuidados intensivos, com melhoria progressiva sob reabilitação (que manteve em ambulatório).

Discussão

Este caso destaca a complexidade da gestão de uma doente com DPI por pneumonia com bacteriemia, que evolui com disfunção respiratória grave e agravamento progressivo, exigindo escalada terapêutica e suporte ECMO. A abordagem multidisciplinar, durante as diferentes etapas, foram cruciais para a melhoria clínica.

Pleurite a *Mycobacterium chimaera* intracelular em doente sem patologia pulmonar estrutural

Miguel Chamusco Bernardino; Teresa Neto; Carlota Pinto; João Abrantes; Sofia Romão; Tânia Vassalo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

As micobactérias não tuberculosas (MNT) constituem um grupo de microrganismos com capacidade de causar infeções pulmonares e extrapulmonares, sobretudo em indivíduos imunossuprimidos ou com doença estrutural pulmonar. A doença pulmonar é mais frequente do que a extrapulmonar e, nesta, a pleurite assume-se como uma forma particularmente rara de apresentação, de curso clínico e prognóstico muito variáveis.

Apresenta-se o caso de um homem de 77 anos, com antecedentes de insuficiência cardíaca (IC) e mieloma múltiplo, em vigilância há 5 anos, que recorre ao Serviço de Urgência por cansaço, dispneia e tosse crónica. Laboratorialmente, com discreta elevação de parâmetros inflamatórios e, imagiologicamente, com volumoso derrame pleural esquerdo. É internado no Serviço de Medicina para estudo, onde realiza toracocentese, com drenagem de 1800mL de líquido pleural com características de transudado, enviado para exame anatomopatológico, micobacteriológico, bacteriológico e imunofenotipagem. Realizado estudo de neoplasia sólida com TC corpo, endoscopia e colonoscopia, sem alterações; exames culturais séricos, serologias infecciosas, IGRA e autoimunidade negativos; e pesquisa de micobactérias na urina, sangue e suco gástrico, com exame direto negativo e cultural em curso. Novo internamento por recidiva de derrame pleural esquerdo, verificando-se isolamento de *Mycobacterium chimaera intracelular* no suco gástrico. Assume-se o diagnóstico de pleurite a MNT, tendo iniciado terapêutica com etambutol, moxifloxacina e claritromicina, com melhoria clínica e resolução do derrame pleural, com intercorrência de neuropatia periférica sensitivo-motora grave a etambutol, motivando *switch* para rifampicina.

A inespecificidade dos sintomas associados a infeções por MNT e o perfil fastidioso do seu crescimento em culturas exigem um elevado grau de suspeição para a sua identificação. O correto diagnóstico desta patologia é fundamental, face à necessidade de um tratamento específico prolongado.

O impacto da hemodiálise na descompensação aguda da Leucionose

Daniela Filipa Silvano Mauricio¹; Tiago Jorge Costa²; Sónia Moreira²; Filipe Mira²; Jandira Lima²; Lèlita Santos²

¹ CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA / HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças raras

A Leucionose é uma doença hereditária do metabolismo dos aminoácidos ramificados (AA CR): leucina, isoleucina e valina, e tem transmissão autossómica recessiva. Esta resulta de uma diminuição da atividade defeito do enzimático da descarboxilase dos cetoácidos de cadeia ramificado. Estes doentes podem apresentar complicações agudas potencialmente fatais precipitadas por infeções.

A principal estratégia terapêutica é a restrição dietética de leucina, isoleucina e valina, por meio do uso de fórmulas especiais e alimentos com baixo teor desses aminoácidos. Nos casos de descompensação metabólica aguda, podem ser necessárias medidas como a infusão de glicose, insulina e carnitina, e para casos que não respondem às medidas iniciais, terapêutica dialítica com o intuito de remover os aminoácidos e cetoácidos em excesso. A experiência do uso de hemodiálise nos adultos é limitada.

Mulher de 31 anos, com antecedentes de leucionose, recorre ao Serviço de urgência por letargia, febre e disúria. A doente foi transferida para o centro de referência de DHM, encontrando-se mais prostrada. Foi internada por suspeita de descompensação aguda da leucionose por infecção urinária. Ajustada a dieta e iniciada perfusão de glicose e antibioterapia empírica. Confirmada a descompensação por pielonefrite aguda por E. Coli. Passado 24h, por depressão do estado de consciência (Glasgow de 10) foi decidido iniciar hemodiálise. Após a primeira sessão, verificou-se melhoria do estado de consciência e redução dos aminoácidos já referidos para cerca de 50% dos valores pré-diálise. Cumpriu 4 sessões em dias consecutivos.

Dado não existir um protocolo definido, este plano foi mantido até se atingir estabilidade clínica e melhoria neurológica. Realizámos doseamentos diários de leucina, previamente a cada sessão de hemodiálise, para monitorização da eficácia do protocolo dialítico estabelecido.

Dado que a terapêutica nutricional resulta lentamente na normalização dos valores dos AA CR plasmáticos, devem ser privilegiadas as medidas de depuração exógena sempre que se verifique sintomatologia neurológica grave e deterioração clínica, entre outros.

Este caso demonstra a importância de definição de protocolos para o recurso a hemodiálise na descompensação aguda desta doença metabólica.

Linfoma de Alto Grau de Grandes Células B em doente com infeção VIH

Miguel Chamusco Bernardino; Teresa Neto; João Abrantes; Carlota Pinto; Sofia Romão; Tânia Vassalo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) associa-se a uma diminuição da imunidade celular, que predispõe ao desenvolvimento de diversas neoplasias. Existem três categorias de neoplasias definidoras de síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA): sarcoma de Kaposi, carcinoma cervical invasivo, e certos linfomas não-Hodgkin, onde se inclui o Linfoma De Alto Grau De Grandes Células B.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 47 anos, com antecedentes de infeção por HIV-1 com 20 anos de evolução, com critérios de SIDA e múltiplos abandonos da terapêutica e seguimento. Recorre ao Serviço de Urgência por conglomerado adenopático cervical com 2 meses de evolução, associado a dor abdominal, lombalgia e perda ponderal. Realiza tomografia computadorizada, que evidência adenopatias mediastínicas, supraclaviculares, axilares e retroperitoneais. É submetida a biópsia excisional ganglionar, com exame anatomopatológico compatível com linfoma de alto grau, imunofenotipagem B, sem monoclonalidade. Laboratorialmente com síndrome de lise tumoral espontâneo, com necessidade de indução dialítica por lesão renal aguda KDIGO 3 anúrica. Iniciada quimioterapia (QT) emergente com ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina e prednisona. Aquando do 3º ciclo de QT evolução com choque séptico com neutropenia febril, pelo que foi admitida no Serviço de Medicina Intensiva para suporte de órgão, com subsequente evolução clínica favorável sob antibioterapia de largo espectro, e sem isolamento de agente infeccioso. Tem alta clinicamente estável, com evolução subsequente com envolvimento neoplásico do sistema nervoso central, apesar da QT instituída, tendo acabado por falecer cerca de 5 meses após o primeiro internamento.

Este caso destaca uma forma de apresentação grave definidora de SIDA, e retrata a importância do cumprimento terapêutico para a diminuição da incidência de neoplasia hematológica, cujo surgimento determina frequentemente um mau prognóstico a curto prazo.

Síndrome hipereosinofílica: apresentação clínica rara de granulomatose eosinofílica com poliangeíte

Miguel Chamusco Bernardino; Teresa Neto; João Abrantes; Carlota Pinto; Sofia Romão; Tânia Vassalo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A granulomatose eosinofílica com poliangeíte (GEPA) é uma vasculite sistémica de pequenos/médios vasos rara. Caracteriza-se pela tríade de rinossinusite, asma e eosinofilia, com envolvimento preferencial pulmonar e cutâneo, sendo o envolvimento endomiocárdico raro (15%) e com mortalidade superior a 50%.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 64 anos, com asma e rinite alérgica, que recorreu ao Serviço de Urgência por síncope e tosse produtiva. A avaliação inicial documentou: elevação de D-dímeros e troponina T; a tomografia computadorizada (TC) com contraste endovenoso revelou tromboembolismo pulmonar (TEP) periférico; e o ecocardiograma evidenciou hipertrofia da porção basal da parede lateral do ventrículo esquerdo (VE). A pesquisa de vírus respiratórios foi positiva para *Influenza A*, colocando-se a hipótese inicial de miocardite infecciosa associada a TEP. No 2º dia de internamento por instalação de parésia braquial direita, realizou TC crânio-encefálica que revelou múltiplos focos embólicos fronto-occipitais. Neste sentido, realizou: estudo autoimunidade e trombofilias, negativo; ecocardiograma com contraste, que revelou um aumento da espessura parietal, no segmento médio-basal da parede lateral e posterior do VE; ressonância magnética cardíaca, a evidenciar infiltração miocárdica e trombo intracavitário de grandes dimensões adjacente à parede posterior do VE; biópsia do corneto nasal, compatível com vasculite necrotizante. A revisão do processo clínico permitiu constatar eosinofilia de longa data, pelo que foi assumido o diagnóstico de GEPA - ANCA negativa com endocardite de Loeffler. Foi iniciada corticoterapia, posteriormente em desmame com azatioprina, e mantida hipocoagulação, com resolução da eosinofilia e redução significativa da infiltração miocárdica.

O presente caso representa uma forma de apresentação rara desta patologia multissistémica, focando a importância de uma anamnese detalhada e dos exames de imagem para o diagnóstico atempado e terapêutica precoce.

“UROPERITONEUM” – A propósito de um caso de uma puérpera

Lueji Aminata Gumbe; Bruno Sequeira Campos; Cristiana Malhó; Ricardo Ascensão; Margarida Cerqueira; Joana Leite

CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA / HOSPITAL DE SANTO ANDRÉ

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

A Ascite define a acumulação anormal de líquido na cavidade peritoneal. A principal etiologia é a cirrose hepática, no entanto, o cancro e a insuficiência cardíaca também têm uma prevalência significativa.

Apresentamos o caso de uma mulher de 39 anos, puérpera há 1 mês (parto por cesariana sem registos de intercorrências), sem outros antecedentes de relevo. Recorreu à urgência pela segunda vez em uma semana por aumento do perímetro abdominal com anúria.

No primeiro episódio apresentava analiticamente lesão renal aguda (LRA) grave (creatinina de 9.50 mg/dL) com acidemia por acidose metabólica (pH 7.24; K⁺ 5.3 mmol/L; Lactatos 0.9 mg/dL; HCO₃⁻ 10.7 mmol/L). Realizou ecografia abdominal e reno-vesical e tomografia computadorizada (TC) abdomino-pélvica com presença de ascite e sinais de hepatopatia crónica, sem hidronefrose. Foi algaliada com saída imediata de urina diluída verificando-se rápida resolução da ascite acompanhada de melhoria clínica e analítica. Teve alta sem sonda vesical e sem estudo adicional.

No segundo episódio, apresentava novamente abdómen distendido sem sinais de irritação peritoneal. Analiticamente com nova LRA (Creatinina 3.5 mg/dL), sem outras alterações. Realizou-se paracentese diagnóstica com saída de líquido amarelo claro com estudo citológico e bacteriológico negativos. Atendendo ao contexto clínico, suspeitou-se de uma fístula vesical. Realizou TC urológica contrastada que mostrou a nível do domo vesical “extravasamento de contraste projetado na face anterior do útero e fossa ilíaca esquerda com acumulação de contraste parietocólica esquerda, em declive, aspetos sugestivos de fuga vesical por descontinuidade parietal com extravasamento aparentemente intraperitoneal e volumosa ascite”. Foi submetida a cistografia pela Ginecologia e Obstetrícia com apoio da Urologia com resolução do quadro.

Com este caso, pretendemos mostrar uma etiologia pouco frequente de ascite. A fístula vesical iatrogénica deverá ser sempre considerada em casos de LRA obstrutiva em doentes com manipulação cirúrgica abdominal. Salientamos a importância da clínica aliada ao contexto pessoal e cirúrgico que permitiram o diagnóstico precoce e a prevenção de complicações potencialmente mais graves, como a peritonite química.

Mieloma Múltiplo IgM: Um Desafio Diagnóstico

**Rita Pereira Neto; Bernardo Pimentel; Anabela Raimundo; José Carda; Rita S. Ribeiro;
Alexandra Bayão Horta**

Hospital da Luz Lisboa

Tema: Doenças hematológicas

O Mieloma Múltiplo (MM) é uma neoplasia hematológica caracterizada pela proliferação clonal de plasmócitos, cuja variante IgM é rara, frequentemente confundida com linfoma linfoplasmocítico. Este caso evidência o desafio diagnóstico deste tipo de patologia.

Sexo masculino de 60 anos, inicialmente abordado noutra instituição por febre (40°C), diminuição de força nos membros inferiores e lombalgia, tendo-se assumido o diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré e tratado com Imunoglobulina e pulsos de metilprednisolona 1g durante 5 dias, mas sem melhoria da sintomatologia. Do estudo etiológico realizado no nosso hospital destaca-se eletromiografia que excluiu Síndrome de Guillain-Barré e ressonância magnética da coluna dorsal com alterações de sinal da gordura epidural posterior ao nível de D7-D8 sem realce após contraste, de significado indeterminado. Apresentava, no entanto, Velocidade de Sedimentação > 120mm/h e pico monoclonal com IgM na imunofixação sérica e urinária. O mielograma identificou plasmocitose de 9% e a imunofenotipagem revelou 1.7% de plasmócitos cujo fenótipo sugeriu origem neoplásica. A biópsia óssea foi compatível com neoplasia de plasmócitos. Fez ainda uma Tomografia de Emissão de Positrões que identificou massas hipermetabólicas, envolvendo lesões líticas do manúbrio do esterno e da extremidade anterior da clavícula direita, bem como lesões líticas e hipermetabólicas nas facetas articulares esquerdas de D7/D8 e no sacro. Desta forma, foi assumido o diagnóstico de Mieloma Múltiplo IgM, com plasmocitoma perimedular a condicionar paraparésia. Foi proposto para radioterapia de contenção para doença localmente invasiva, quimioterapia e autotransplante medular.

Este caso ilustra o desafio diagnóstico que podem constituir algumas doenças hemato-oncológicas, nomeadamente o MM IgM. Destaca ainda a necessidade de investigação abrangente diante de manifestações neurológicas atípicas. A abordagem sistemática foi fundamental para o diagnóstico e condução terapêutica bem-sucedida.

Quando o Raro Se Torna Real: Espondilodiscite por *Lactococcus garvieae*

Rita Pereira Neto; Bernardo Pimentel; Anabela Raimundo; Rita S. Ribeiro; Alexandra Bayão Horta

HOSPITAL DA LUZ LISBOA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

O presente caso descreve uma rara infeção vertebral por *Lactococcus garvieae*, um agente oportunista atípico em humanos, mais frequentemente associado a endocardite.

Mulher, 89 anos, com cardiopatia valvular com substituição mitral há cerca de 10 anos. Recorreu ao nosso hospital por quadro com dois meses de evolução e agravamento progressivo caracterizado por astenia, anorexia, emagrecimento e, nas últimas duas semanas, febre. Apresentava anemia (Hb 10,3 g/dL), leucocitose (11.770/ μ L), PCR 10,60 mg/dL e VS >120mm/h.

Realizou ecocardiograma transtorácico que não mostrou endocardite infecciosa e TC tóraco-abdomino-pélvica que não identificou causa para o quadro constitucional. Feita Tomografia de Emissão de Positrões (PET) que mostrou provável espondilodiscite em L5 à direita, confirmada pela ressonância magnética da coluna lombossagrada.

As hemoculturas colhidas à admissão identificaram *L. garvieae*, pelo que se iniciou antibioterapia com ceftriaxone e gentamicina. Ao fim de cinco dias e após exclusão definitiva de endocardite subaguda por ecocardiograma transesofágico e PET suspendeu-se a gentamicina. As hemoculturas de controlo foram negativas. Dada a natureza fastidiosa deste agente e o baixo inóculo isolado nas hemoculturas, não foi possível obter teste de sensibilidade antibiótica (TSA), pelo que se manteve empiricamente ceftriaxone EV durante 6 semanas, seguido de ciprofloxacina oral até perfazer três meses de antibioterapia. Evoluiu com apirexia desde o 4º dia de internamento e teve alta ao 49º dia de antibioterapia clinicamente e analiticamente melhorada.

Este caso reforça a importância da partilha de informação de situações raras dentro da comunidade médica. A literatura existente sugere que *L. garvieae* pode ser adquirido pela ingestão de alimentos contaminados, que pensamos ser a fonte da infeção neste caso.

Desafio autoimune na gravidez

Inês Bento Andrade; João Rio; Marta Anastácio; Francisca Ramos; Pedro Ferreira Nunes; Alexandra Silvestre

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, EPE / HOSPITAL DE S. FRANCISCO XAVIER

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A Síndrome antifosfolipídica (SAF) caracteriza-se pela associação entre trombose venosa/arterial, morbilidade obstétrica, trombocitopenia e presença de anticorpos antifosfolipídicos (aPL). Pode ocorrer como condição primária ou em contexto de outra doença autoimune como o Lupus eritematoso sistémico.

Caso Clínico

Sexo feminino, 30 anos, puérpera de parto gemelar bi-coriónico distócico às 32 semanas de gestação (SG). Referia antecedentes de enxaqueca com aura visual e cansaço inespecífico. Às 24SG detectado ecograficamente bloqueio aurículo-ventricular (BAV) de 3º grau num dos fetos. Neste contexto, realizou análises com ANAs positivos, AntiSS A, AntiSS B, RA e Fator Reumatóide positivos, tendo imediatamente iniciado terapêutica dirigida com ácido acetilsalicílico (AAS) 100mg e enoxaparina. Às 32SG, verificou-se instabilidade no outro feto, com anidrâmnios e restrição grave do crescimento, implicando necessidade de cesariana. Em seguimento em consulta de Doenças Autoimunes 3 meses após o parto, realizou estudo alargado com anticorpo anticoagulante lúpico positivo, anticorpo anti-cardiolipina IgG e IgM negativos, anticorpo $\beta 2$ glicoproteína IgG negativo e IgM positivo (47,4 UA/mL), Complemento C3 83,7mg/dL e C4 12,4mg/dL, anticorpo anti-dsDNA 7,8UI/mL, AntiSSA Ro60 e Ro52 positivos forte. Repetiu estudo de SAF após 12 semanas com resultados sobreponíveis e RMN-CE sem alterações. Iniciou varfarina e hidroxicloroquina, apesar de ausência de eventos trombóticos objetivados.

Conclusão

A SAF obstétrica é um grande desafio diagnóstico e terapêutico pela sua complexidade e raridade. Neste caso é particularmente interessante pela associação entre a clínica manifestada em cada um dos gémeos e o perfil de anticorpos: BAV associado aos anticorpos SSA (Ro) mais típicas de Lupus/Sjogren e as alterações evidenciadas no outro gémeo mais associadas ao aPL. A destacar ainda, mãe sem sintomatologia ou diagnósticos prévios.

Derrame Pleural Recidivante: Abordagem Diagnóstica de um caso de Mesotelioma

Ana Laura Costa; Helena Estevão Pereira; Joana Amado; P. Ricardo Pereira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

O mesotelioma pleural, neoplasia rara, surge tipicamente em doentes com mais de 60 anos, décadas após exposição a asbestos. Manifesta-se com sintomas respiratórios inespecíficos que agravam gradualmente. A maioria dos doentes são diagnosticados em estágio avançado da doença, contribuindo para o seu mau prognóstico.

Caso Clínico

Homem, 86 anos, ex-pescador e carpinteiro, sem exposição óbvia a asbestos, com hábitos tabágicos pregressos e um adenocarcinoma da próstata curado. Apresentou-se com um exsudado pleural esquerdo recidivante e uma perda ponderal de 7% em 3 meses. No primeiro episódio, foi interpretado como parapneumónico e mostrou boa resposta a antibioterapia. Três meses depois constata-se recidiva do exsudado pleural esquerdo com predomínio de polimorfonucleares (67%). Apesar de voltar a apresentar boa resposta a antibioterapia, decidiu-se alargar o estudo do mesmo atendendo à sua recorrência. Do estudo efetuado, destaca-se estudo imunológico sem alterações, PSA negativo, ADA no líquido pleural normal, ausência de isolamento de agente microbiológico, citologia negativa para células malignas, imunofenotipagem de linfócitos de líquido pleural sem características sugestivas de linfoma. O controlo tomográfico identificou múltiplas densificações nos planos da gordura suprajacente à hemicúpula diafragmática esquerda submetidas a biópsia, cuja histologia foi compatível com pleurite fibrosante crónica, sem expressão de IgG4. Por persistência de dúvida diagnóstica decidiu-se avançar para toracoscopia médica que identificou espessamento difuso da pleura costal, com lesões nodulares milimétricas, irregulares, de aspeto amarelado e duras ao toque. A biópsia dessas lesões revelou o diagnóstico final de Mesotelioma epiteloide maligno.

Discussão

A abordagem diagnóstica do mesotelioma é desafiante, requerendo um elevado grau de suspeição clínica dada a sintomatologia inespecífica, salientando-se a importância de estudos invasivos dirigidos. Neste caso, a resposta a antibioterapia e o predomínio de polimorfonucleares do exsudado foram elementos atípicos, mas a recorrência do derrame impôs a persecução da marcha diagnóstica.

SÍNDROME DE SJOGREN E LINFOMA T ANAPLÁSICO: UM ENCONTRO INESPERADO

Ana Mafalda Abrantes; João Pedro F. Marques; M. Inês Parreira; Carolina António Santos; António Martins Baptista; Ana Alves Cardoso

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

O linfoma anaplásico de células T (LACT) é raro, representando 2% dos linfomas não-Hodgkin (LNH). A variante ALK-negativa apresenta envolvimento sistémico e pior prognóstico. O síndrome de Sjogren (SS) associa-se a um risco aumentado de LNH, sobretudo linfoma difuso de grandes células B ou marginal, sendo a sua relação com LACT pouco descrita.

Caso clínico

Mulher de 49 anos, com tumefação axilar esquerda progressiva e sinais inflamatórios, sem resposta a antibioterapia. Biópsia aspirativa inicial revelou gânglio benigno. Evolução em 3 meses para quadro consumptivo, edema e dor no membro superior esquerdo, com ecodoppler evidenciando trombose umeral. Internada para estudo etiológico, apresentava volumosa massa axilar esquerda ulcerada, com exsudado hematopurulento e edema do membro superior. Analiticamente leucócitos 39800/uL (neutrófilos 34470/uL), PCR 11.6mg/dL. Estudo adicional com VS 66 mm/h, beta-2-microglobulina 5,43 mg/L, ANA 1/1280, anti-SSA 251,4, anti-SSB 6,4, serologias Epstein-Barr IgM/IgG positivas e exames microbiológicos negativos. TC toracoabdominopélvica revelou massa axilar necrótica, trombose da veia axilar, derrame pleural bilateral e pericárdico. A biópsia confirmou LACT ALK-negativo, iniciando quimioterapia (CHOP) com melhoria clínica. Após a alta, desenvolveu xerostomia e xeroftalmia, com sialometria reduzida, teste de Schirmer <5mm e ecografia das glândulas salivares sugestiva de SS, apesar de biópsia não conclusiva. Cumprindo critérios classificativos, iniciou hidroxicloroquina 300mg/dia. Completou quimioterapia com brentuximab e CHP, com PET de controlo sem evidência de doença ativa, tendo sido proposta para transplante autólogo.

Discussão

Trata-se de um caso raro de LACT ALK-negativo associado a SS. A apresentação inicial indolente e atípica, com polisserosite e trombose, constituiu um desafio diagnóstico. A manifestação tardia de sintomas sicca reforça a importância da revisão sistemática e suspeição clínica contínua para SS.

Lesão ocupante de espaço: diagnóstico de um linfoma não-Hodgkin folicular do sistema nervoso central

Stanislav Tsisar; Ary de Sousa; Rita Captivo; Mário Rodrigues

HOSPITAL DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças oncológicas

O diagnóstico diferencial de lesões ocupantes de espaço do sistema nervoso central é muitas vezes desafiante. A etiologia pode ser autoimune, infecciosa, cardiovascular, tóxica ou neoplásica e o diagnóstico definitivo implica por vezes uma extensa lista de meios complementares de diagnóstico e abordagem multidisciplinar.

Apresenta-se o caso clínico de uma doente do sexo feminino, de 75 anos e sem antecedentes de relevo, que se apresentou no serviço de urgência por um quadro de hemiparesia facial central e crural direitas com 24h de evolução. Apurou-se ainda anorexia, náuseas e vômitos, perda ponderal e retenções urinárias desde há 3 meses. A tomografia computadorizada revelou hipodensidade de predomínio subcortical frontal esquerdo, de etiologia imprecisa, que em avaliação com ressonância magnética revelaram-se como lesões ocupantes de espaço multifocais, com envolvimento supra e infratentorial. O estudo diferencial inicial revelou-se negativo, excluindo-se causa cardiovascular, autoimune, infecciosa e tóxica, não se evidenciando claros sinais de tumor primário noutros locais. A biópsia da lesão com neuronavegação foi inconclusiva, revelando apenas tecido com infiltrado inflamatório difuso. O alargamento do estudo identificou um linfoma não-Hodgkin das células B [LNH-B] folicular em imunofenotipagem do sangue, sendo a imunofenotipagem do líquido cefalorraquidiano inconclusiva por número de células patológicas insuficiente. Assumiu-se diagnóstico de LNH-B folicular com envolvimento do sistema nervoso central e foco primário indeterminado, não se podendo excluir afetação primária do sistema nervoso central. Infelizmente, e apesar do início de corticoterapia, assistiu-se ao agravamento clínico e a doente acabou por falecer antes de terminar o estudo e iniciar tratamento dirigido.

Apesar do diagnóstico diferencial ser presuntivo, este caso clínico demonstra a dificuldade diagnóstica de lesões do sistema nervoso central e a limitação da sensibilidade dos meios complementares de diagnóstico, incluindo biópsia da lesão. A avaliação da marcha diagnóstica garante um processo de aprendizagem clínica, permitindo suspeição e introdução precoce de patologias raras no diagnóstico diferencial, nomeadamente linfomas primários do sistema nervoso central.

UM CASO DE MENINGITE PNEUMOCÓCICA SECUNDÁRIA A OTITE MÉDIA AGUDA EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE

Cristiana Lopes; Rosário Calado; Cleide José Maria; Catarina Silva Araújo; Sara Marques; Cristina Ângela da Cruz; Alexandre Carvalho

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A doença pneumocócica invasiva (DPI) é uma infeção grave causada pelo *Streptococcus pneumoniae*, podendo apresentar-se como pneumonia, meningite ou bacteriemia, sobretudo em indivíduos imunossuprimidos ou com doenças crónicas. Apesar dos avanços na vacinação e antibioterapia, a DPI mantém elevada mortalidade, sendo essencial o diagnóstico precoce.

Mulher de 65 anos, sem antecedentes relevantes, recorreu ao serviço de urgência por cefaleia, otalgia bilateral, tosse e prostração progressiva há 2 dias. Apresentava febre (39.4°C), alteração do estado de consciência e rigidez nuchal.

Analiticamente, destacava-se leucocitose (13.100/ μ L) com neutrofilia e PCR elevada (140 mg/L). A punção lombar revelou líquido cefalorraquidiano (LCR) turvo, com 1785 células, proteínas 6.02 g/L e glicose 48 mg/dL. O estudo microbiológico identificou *Streptococcus pneumoniae* no LCR e nas hemoculturas. A angio-TC cerebral evidenciou sinusite etmoidal e maxilar e a angio-TC toracoabdominopélvica focos inflamatórios pulmonares inespecíficos. A RMN cerebral mostrou múltiplos abscessos cerebrais e trombose dos seios venosos e veia jugular interna direita.

A doente foi submetida a miringotomia para drenagem de otite média aguda e controlo de infeção. À admissão na enfermaria, apresentava-se lentificada, com cefaleia, otalgia e hipoacusia persistentes, associado a vertigem rotatória e marcha com desequilíbrio para a direita. Completou estudo com RMN dos ouvidos que excluiu labirintite.

Cumpriu 42 dias de antibioterapia com ceftriaxone 4 g/dia e ofloxacina otológica 27 mg/dia, associado a dexametasona 10 mg/dia e anticoagulação, com melhoria dos sintomas e redução dos abscessos cerebrais. O audiograma final revelou hipoacusia neurosensorial bilateral, sem repercussão auditiva. Teve alta, mantendo seguimento em Otorrinolaringologia e Medicina Interna.

Este caso destaca a meningite pneumocócica secundária a otite média aguda, evidenciando a importância do diagnóstico precoce e seguimento multidisciplinar de forma a minimizar complicações e sequelas.

Tosse persistente, etiologia diferente

Madalina Gututui; Pedro Moules; Ana Cristina Grilo; Fernando Martos Gonçalves

HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A tosse convulsa é uma doença infecciosa respiratória altamente contagiosa, causada pela bactéria *Bordetella pertussis* (*Bp*) e caracterizada por três fases – catarral, com sintomatologia da via aérea superior; paroxística, com agravamento marcado da tosse, muitas vezes emetizante e acompanhada de ruído inspiratório; e de convalescença, com melhoria gradual da tosse. Embora mais comum em crianças, pode afetar adultos, já que a imunidade tende a diminuir com o tempo e em populações com baixa cobertura vacinal.

Caso clínico

Apresenta-se o caso de um homem de 41 anos, natural do Paquistão, sem antecedentes relevantes. Recorreu ao serviço de urgência por tosse com 3 semanas de evolução, agravada na semana anterior, levando a episódios autolimitados de síncope. Referia rinorreia e sensação febril nos dias precedentes. Encontrava-se sob amoxicilina-ácido clavulânico há 3 dias, após observação por médico particular, sem melhoria clínica. Ao exame objetivo, o doente encontrava-se eupneico e sem sinais de dificuldade respiratória, mas com acessos de tosse intensa, produzindo ruído inspiratório característico. A auscultação não revelou alterações. Analiticamente, destacava-se leucocitose (17.360/ μ L) neutrofílica (55%), proteína C-reativa negativa e estudo viral (COVID-19 e Influenza) negativo. A radiografia torácica revelou infiltrado reticular e esboço de consolidação do lobo médio. Dada a suspeita clínica, solicitou-se pesquisa de *Bp* em zaragatoa da nasofaringe por PCR (*polimerase chain reaction*), que permaneceu a decorrer. O doente teve alta medicado com azitromicina para cobertura de *Bp* e outros agentes atípicos e indicação para manter antibioterapia em curso, por suspeita de sobreinfecção bacteriana. Após 3 dias, o resultado da PCR confirmou a infeção por *Bp*. Contactou-se o doente e identificaram-se os contactos próximos, que foram igualmente medicados. Foi realizada notificação no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.

Discussão:

Este caso alerta para a importância de considerar a tosse convulsa no diagnóstico diferencial da tosse persistente com manifestações atípicas, particularmente em populações não vacinadas ou com imunidade decrescente. A identificação precoce permite um tratamento adequado e a implementação de medidas de saúde pública para controlo da transmissão.

Com a pulga atrás da orelha – um caso de Policondrite Recidivante

**André Santos; Mafalda Vasconcelos; Ana Patrícia Chaves; Maria Inês Miranda;
João Espírito Santo**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

Tema: Doenças raras

A Policondrite recidivante é uma doença autoimune sistémica rara, e caracteriza-se por uma inflamação de estruturas cartilágneas, pavilhão auricular, septo nasal e árvore traqueobrônquica, e não-cartilágneas como o globo ocular e ouvido interno. Tem um curso flutuante e heterogéneo, o que representa um desafio diagnóstico.

Estima-se uma incidência de 4,5/milhão/pessoas-ano, com enfoque recente pela associação ao síndrome VEXAS, identificado como responsável de 8% dos casos de policondrite recidivante.

Homem de 21 anos, angolano. Sem antecedentes, medicação nem alergias. História de doença caracterizada por quadro arrastado de 4 meses, precipitado por um primeiro evento de surdez neurosensorial unilateral súbita, abordado pela Otorrinolaringologia com corticoterapia seguido de oxigenoterapia hiperbárica, com resolução parcial dos défices. Nos 2 meses seguintes desenvolve quadro sistémico com tosse produtiva, febre, sudorese noturna e perda ponderal, tendo sido internado para investigação etiológica. Durante a hospitalização, exibiu um padrão consistente de febre diária de predomínio vespertino. Ao exame físico com nariz em sela e deformidade do pavilhão auricular esquerdo a nível da hélice e fossa triangular. Do restante estudo: anemia microcítica e hipocrómica (Hb-10,8g/dL), défice de ferro e folatos; PCR-10,8mg/dL e VS-91mm/h. Tomografia computadorizada (TC) toraco-abdomino-pélvica com espessamento difuso das paredes traqueais e brônquicas e erosão das cartilagens. TC-ouvidos com extensa calcificação da cartilagem do pavilhão auricular e canal auditivo esquerdos e espessamento dos tecidos moles.

Após estudo etiológico o doente apresentou sinais inflamatórios no pavilhão auricular direito, sendo realizada biópsia da cartilagem com resultado histológico de pericondrite nodular. Iniciou terapêutica, que mantém à data, com prednisolona 15mg/dia e metotrexato 20mg/semana com controlo sintomático e sem recidivas.

A complexidade do diagnóstico, particularmente em doentes jovens prende-se com a amplitude de sintomas e manifestações. O envolvimento auditivo, sintomas respiratórios e quadro constitucional evidenciam a necessidade de uma abordagem abrangente e multidisciplinar. O diagnóstico e tratamento precoces são fulcrais para mitigar a morbilidade a longo prazo.

Síndrome de Evans secundário a deficiência seletiva de Imunoglobulina A

Miguel Chamusco Bernardino; Carlota Pinto; João Francisco Abrantes; Sofia Romão; Ryan Costa Silva; Tânia Vassalo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A Síndrome de Evans caracteriza-se tipicamente pela associação de anemia hemolítica autoimune (AHAI) e trombocitopenia imune. Comparativamente à AHAH isolada, associa-se a menor resposta terapêutica, mais recidivas e maior mortalidade.

Apresenta-se o caso de um homem de 54 anos, sem antecedentes prévios, que recorre à urgência por quadro insidioso de fadiga, astenia, anorexia e perda ponderal. Laboratorialmente com anemia megaloblástica (Hb 5.2g/dL, VGM 116fL), sem défice de folatos ou vitamina B12, tendo leucopénia (2.900/ μ L), trombocitopénia (60.000/ μ L) e hemólise (LDH 3180U/L, hiperbilirrubinémia não conjugada e consumo de haptoglobina). Foi internado no Serviço de Medicina Interna, onde realizou o seguinte estudo etiológico: teste de Coombs positivo com crioaglutininas, anticorpos antiplaquetários positivos; mielograma e biópsia óssea com hiperplasia da série eritróide; serologias infecciosas negativas; estudo de hemoglobínúria paroxística noturna negativo; doseamento de imunoglobulinas com défice de IgA (<5mg/dL), autoimunidade positiva para anticorpos anti-PR3; tomografia computadorizada com angiografia sem evidência de neoplasia, adenopatias, hepatoesplenomegália ou vasculite. Assumiu-se o diagnóstico de Síndrome de Evans secundária a deficiência de IgA. Apesar da especificidade dos anticorpos anti-PR3, a ausência de clínica sugestiva de vasculite ANCA torna essa hipótese improvável. Iniciou terapêutica com imunoglobulina humana (5 dias) e metilprednisolona 1g (3 dias), com posterior switch para prednisolona 1mg/Kg/dia e azatioprina. Verificou-se resolução das citopénias e dos marcadores de hemólise imunomediada após 15 dias de terapêutica. Presentemente em desmame de corticoterapia, a aguardar início de rituximab.

A AHAH pode em raras ocasiões ser secundária a imunodeficiências e em particular o défice de IgA. O caso ilustra a importância do diagnóstico precoce da Síndrome de Evans para um tratamento atempado, prevenção de recidivas e melhoria do prognóstico.

Derrame pericárdico metastático como manifestação inicial de recidiva de linfoma

Joana Formiga Viegas; João Bernardo Pereira; Inês Silva; Ana Paula Vilas

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, EPE / HOSPITAL DE SANTA MARIA

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

O envolvimento neoplásico do pericárdio é habitualmente secundário, sendo os tumores primitivos do pericárdio extremamente raros. O tumor primitivo é usualmente pulmonar, esofágico ou mamário, por uma questão anatómica, ou hematológico (linfoma), por metastização. A doença maligna do pericárdio pode manifestar-se como derrame pericárdico assintomático, pericardite ou tamponamento cardíaco. O aparecimento de uma destas situações num doente oncológico deve, como tal, fazer suspeitar de neoplasia do pericárdio.

Caso Clínico

Mulher de 80A, autónoma, com antecedentes de LNH-B da zona marginal esplénico, com invasão medular documentada em 2018 e com esplenectomia em 2019, encontrando-se sem evidência de doença ativa desde então. Antecedentes ainda de artrite reumatóide para a qual fez Metotrexato durante 3-4 anos, suspenso aquando do diagnóstico de linfoma, encontrando-se atualmente sob prednisolona 5mg id. Também com osteoporose, teve fratura de fragilidade do colo do fémur em Abr/2024, tendo sido operada. No dia da alta iniciou febre, ortopneia e edema periférico. Analiticamente com Hb 8.4gr/dL, VGM 92fL, leucócitos 8400/uL, PCR 16.8mg/dL, VS 120mm/1h, troponina T 218ng/L e NT-proBNP 1679pg/mL. A angioTC torácica e o ecocardiograma evidenciaram volumoso derrame pericárdico com dimensão máxima de 27mm e massa globosa aderente (50x19mm) junto ao sulco auriculoventricular à direita. Ponderadas progressão da doença hemato-oncológica *versus* pericardites subclínicas em relação com artrite reumatoide e nódulo pericárdico neste contexto. Fez RM cardíaca, que descreveu volumosa massa pericárdica com características de malignidade e com infiltração miocárdica. As biópsias endomiocárdicas confirmaram recidiva do linfoma com envolvimento cardio-pericárdico.

Discussão

Este caso realça o facto do linfoma poder envolver qualquer órgão, e relembra que, na presença de história de neoplasia (presente ou passada), a existência de derrame pericárdico deve fazer ponderar envolvimento neoplásico.

Uma Viagem Inesperada num Caso de Insuficiência Cardíaca

Claudio Miguel Rodrigues Coelho; Marta Matos Pereira; Ana Garrido Gomes; Eduardo Viana

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A insuficiência cardíaca (IC) permanece um desafio com etiologias complexas e diversas. A investigação etiológica da IC pode revelar diagnósticos diferenciais desafiantes com implicações prognósticas e terapêuticas.

Caso Clínico

Mulher, 63 anos, com antecedentes de HTA, dislipidemia, perturbação depressiva, esteatose hepática, e vitiligo com diagnóstico em 2021. Nesta altura, apresentava lesões cutâneas hipopigmentadas pruriginosas, realizou estudo analítico, com ANAs positivos e anemia ferropénica, e EDA, com ectasia vascular do antro, tendo realizado tratamento com argon plasma e com subsequente normalização da hemoglobina. Admitida por quadro de dispneia, acompanhada de DPN e edemas periféricos com 4 meses de evolução. Ao exame objetivo apresentava hiperpigmentação cutânea na face e braços, espessamento cutâneo, telangiectasias e fenómeno de Raynaud. Analiticamente com anemia ferropénica e BNP 1132. Assumido diagnósticos de IC aguda com insuficiência respiratória tipo 1. Do estudo realizado o ecocardiograma revelou dilatação das cavidades direitas, FEVE 35% e PSAP de 70 mmHg. No TC tórax identificados focos de enfisema panlobular, a cintigrafia de V/P não evidenciou alterações e provas de função respiratória indicaram um padrão restritivo com diminuição da DLCO. Do estudo imunológico ANAs e anticentrómero positivos, sem alterações no restante estudo. Deste modo, colocada hipótese de esclerose Sistémica Cutânea Limitada (Síndrome CREST). Transferida posteriormente para unidade de HTP onde realizou cateterismo cardíaco direito, confirmando HTP com alterações indicativas de fenótipo pré-capilar, e iniciou terapêutica dupla com macitentano e tadalafil. Atualmente, com boa tolerância e melhoria sintomática, permitindo também redução da oxigenoterapia suplementar.

Discussão

A esclerose sistémica é uma doença autoimune rara que pode envolver vários órgãos, incluindo o coração e os pulmões. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são essenciais para melhorar o prognóstico e a qualidade de vida dos doentes com esclerose sistémica. Torna-se pertinente uma abordagem sistemática na avaliação da IC descompensada, considerando diagnósticos diferenciais complexos e raros.

O segredo do gânglio occipital

Ana Maria Carvalho; Pedro Almeida; Rita Magalhães; Patrícia Clara; Marta Madarnas; Beatriz Exposito

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

O linfoma angioimunoblástico de células T é um subtipo de linfoma periférico de células t raro, com maior incidência em homens e em idosos, que apresenta características patológicas e genéticas únicas, com curso agressivo e alta mortalidade.

Caso clínico

Mulher, 38 anos, recorre ao serviço de urgência (SU) por adenopatia occipital no couro cabeludo, associada a hipersudorese noturna e perda ponderal, com 6 dias de evolução. Ao exame objetivo adenopatias palpáveis a nível latero cervical, occipital sub auricular e supraclavicular. Analiticamente sem alterações de relevo. Realizou TC toracoabdominopélvico a revelar múltiplas adenopatias dispersas pela cadeia ganglionar cervical, torácica, abdominal e pélvica, com ligeira esplenomegalia, sugerindo provável doença linfoproliferativa. Pequenos nódulos pulmonares dispersos. Doente com orientação para ambulatório para estudo complementar e excisão de gânglio para anatomia patológica e imunofenotipagem.

Passado 15 dias volta ao SU por dispneia, tosse seca, astenia e prurido intenso. Objetivamente obnubilada, polipneica, com So2p 88% em ar ambiente, taquicardia sinusal de 130bpm, auscultação pulmonar: crepitações secas bilateralmente e várias lesões de coceira dispersas pela superfície corporal. Analiticamente sem aumento dos parâmetros inflamatórios. Repetiu TC Tórax a revelar alterações sugestivas nos lobos inferiores de linfangite secundária.

Do estudo realizado em ambulatório imunofenotipagem de gânglio a revelar Linfoma Não-Hodking T CD4 helper - angioimunoblástico. Realizou broncofibroscopia a revelar infiltração pulmonar pela doença. Iniciou corticoide em alta dose e quimioterapia com esquema com ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisolona, verificando-se melhoria clínica durante o primeiro ciclo de tratamento.

Discussão

Este caso revela a importância de um exame físico completo, mesmo em caso de serviço de urgência. Uma situação que parecia ser benigna e episódica, pelo tempo de evolução, levou ao diagnóstico de uma patologia agressiva e com alta mortalidade e rara em mulheres jovens. De ressaltar a celeridade na chegada ao diagnóstico, em 2 semanas.

Parainfluenza 4 e Pneumonia Grave

Bebiana de Sousa; Maria Miguel Silva Santos; Bárbara Baptista; Inês B. Mesquita; Rita Correia; Sara Faria; Susana Magalhães

HOSPITAL DISTRITAL DA FIGUEIRA DA FOZ, EPE

Tema: Doenças respiratórias

Introdução

O vírus de parainfluenza 4 (PIV4) é raro, descrito em 2% de 40.000 casos e a mortalidade ocorre em 5,1% em doentes hospitalizados. As infeções são ligeiras, com sintomas comuns (dispneia, pieira, tosse, febre e broncoespasmo) e podem evoluir para pneumonias graves seja pelo vírus ou coinfeções, e estas devem ser ponderadas de acordo com a imagem radiológica ou clínica bifásica.

Caso clínico

Mulher, 70 anos, clínica com 5 dias de evolução de dispneia em repouso e pequenos esforços, febre, dor pleurítica, tosse seca, rinorreia anterior, pieira e sintomas constitucionais. Com antecedentes de asma e hábitos tabágicos de 16.5 UMA, abortos espontâneos e AVC isquémico cerebeloso.

Hemodinamicamente estável com insuficiência respiratória tipo 1 sob oxigenoterapia a 1,5L/min e auscultação pulmonar com roncos expiratórios dispersos. Análises com leucócitos $7.95 \times 10^3/\mu\text{L}$ e linfócitos $1.35 \times 10^3/\mu\text{L}$, PCR 74.6mg/L e pesquisa de vírus negativa para influenza A e B, Vírus Sincicial Respiratório (VSR), SARS-CoV-2 e positiva para PIV4.

Evoluiu com agravamento clínico por sépsis a pneumonia nosocomial com insuficiência respiratória (pH 7.21, pO₂ 57 mmHg, pCO₂ 64, Lact 2.3) e TAC pulmonar com múltiplas áreas de densificação em vidro despolido nos lobos superiores peribroncovascular e em algumas regiões com um padrão em mosaico. Doente recusou admissão em unidade de cuidados intensivos, apesar de necessidade de ajuste de ventilação não invasiva para conforto. Com diversas complicações decorrentes, tais como trombose da veia cava superior e veia subclávia direita e estenose da artéria radial direita com consequente isquemia e necrose do polegar direito. Apesar de situação clínica grave, a doente faleceu por outra infeção nosocomial, enquanto aguardava vaga de RNCCI.

Discussão

O PIV4 é muito raro sendo a sua apresentação como pneumonia extensa e severa incomum no adulto. A clínica ligeira pode evoluir rapidamente para complicações, como em infeções que acometem uma vasta extensão pulmonar, ou até para situação fatal.

Do ponto de partida urinário para um quadro de artropatia...

Jorge Reboredo Pinheiro; João Pedro Moreira; João Pedro Correia; Telmo Borges Coelho; Fernando Salvador

CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, EPE / HOSPITAL DE VILA REAL

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

Artrite reativa/síndrome de Reiter é uma espondiloartropatia aguda frequentemente relacionada com a infeção, geralmente do trato gastrointestinal ou geniturinário, caracterizada por artrite assimétrica de gravidade variável, sintomas constitucionais, entesites, tendinites e úlceras mucocutâneas. O diagnóstico é clínico e o tratamento envolve o uso de anti-inflamatórios não esteróides e imunossuppressores.

Caso clínico

Mulher de 27 anos, autónoma, com antecedentes pessoais de infeções urinárias recorrentes, litíase renal, síndrome de Nutcracker à esquerda, submetida a auto-transplante do rim esquerdo em 2020; surgimento posterior de hipertensão de difícil controlo secundária a aneurisma e estenose da artéria renal do enxerto em 2023, com necessidade de angioplastia para controlo tensional. Recorre ao serviço de urgência por poliartralgias simétricas bilaterais com 15 dias de evolução, com envolvimento das articulações interfalângicas proximais, interfalângicas médias bilateralmente, edema e dor a mobilização articular de punhos e ombro direito, tendo sido internada para estudo. Durante internamento apresentou, queixas urinárias com disúria e poliaquiúria bem como conjuntivite do olho esquerdo. Do estudo destacamos identificação de ureaplasma urealyticum em pesquisa de zaragatoa uretral; marcadores inflamatórios negativos; anticorpos antinucleares, fator reumatóide, serologias víricas, hemoculturas e urocultura negativas. Assim, assumimos o diagnóstico de artrite reativa ou síndrome de Reiter. Iniciou prednisolona 40mg e cumpriu ciclo de doxiciclina. Apresentou evolução favorável, tendo tido alta orientada para a consulta externa de medicina interna. Atualmente mantém-se em melhoria progressiva e em redução paulatina de corticoterapia.

Discussão

Destacamos este caso pela raridade do quadro clínico bem como pela dificuldade diagnóstica, requerendo um elevado índice de suspeição. Sublinhamos ainda o caso pelo facto de o início recente da levotiroxina ter levando a um aumento de metabolismo sendo potencialmente desencadeador da manifestação da insuficiência da supra-renal.

Actinomicose pulmonar com atingimento ósseo: um caso intrigante

João Poejo Gomes; Marcelo Alves; Tânia Machado Pinto; Gonçalo Madureira; José Nuno Magalhães; Filipa Abelha Pereira; Soraia Almeida; Daniela Barroso; Fabienne Gonçalves

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÓNIO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A actinomicose é uma infeção rara, causada por bactérias anaeróbias do género *Actinomyces*, sendo *Actinomyces israelii* o agente mais comum. A forma pulmonar representa cerca de 15% dos casos e pode mimetizar neoplasias ou outras infeções crónicas. O envolvimento ósseo é pouco frequente e, quando presente, está geralmente associado a disseminação local ou hematogénica, representando um desafio diagnóstico.

Caso Clínico

Homem de 64 anos, com diabetes mellitus tipo 2 insulino-tratado, com mau controlo metabólico, e mau estado de peças dentárias.

Admitido por quadro de tosse seca e dor pleurítica com três semanas de evolução. Do estudo efetuado, TC torácica a revelar volumosa lesão no segmento apical do lobo superior direito e broncofibroscopia a demonstrar lesão endobrônquica sugestiva de neoplasia. Realizadas biópsia e colheitas de produtos biológicos. No estudo histopatológico da lesão, sem achados sugestivos de neoplasia, mas identificadas áreas de ulceração, infiltrado inflamatório misto, e observada colónia sugestiva de *Actinomyces* spp., que foi posteriormente confirmada em PCR em lavado broncoalveolar. Sem outros isolamentos.

Iniciou Penicilina G, com melhoria imagiológica da lesão pulmonar, no entanto, reavaliação imagiológica com achados, de novo, sugestivos de espondilite no corpo vertebral de D8, confirmados por ressonância magnética e biópsia óssea. Hemoculturas prolongadas e culturas de biópsia óssea sem isolamentos.

Foram excluídas imunodeficiências, doenças linfoproliferativas, e outros envolvimento sistémicos em TC toracoabdominopélvico, ecocardiogramas transtorácico e transesofágico e avaliação estomatológica.

Manteve esquema de antibioterapia prolongada com transição para amoxicilina oral, com resposta clínica e imagiológica favorável.

Discussão

Este caso ilustra a complexidade diagnóstica da actinomicose pulmonar, entidade rara e subdiagnosticada, dada apresentação inespecífica e mimetismo com outras patologias, como neoplasias, e destaca a raridade da sua apresentação com osteomielite vertebral.

O diagnóstico definitivo requer identificação microbiológica, frequentemente difícil devido à natureza fastidiosa da bactéria.

O tratamento baseia-se em antibioterapia prolongada, sendo a cirurgia reservada para casos refratários e complicações.

Mieloma Múltiplo Oculto: A Síndrome Hemofagocítica como Pista Inicial

Simão Gaspar; Francisco Ferrer; Tiago Dias da Silva; Carlos Silva; Telma Alves; Sara Petronilho; Jandira Lima; Lèlita Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

O Mieloma Múltiplo (MM) é uma neoplasia hematológica dos plasmócitos, geralmente manifestada por hipercalcemia, insuficiência renal, anemia e lesões ósseas osteolíticas. No entanto, pode apresentar-se de forma atípica. Relata-se um caso diagnosticado tardiamente devido à sua apresentação como Síndrome Hemofagocítica (SH). O SH resulta de inflamação descontrolada, podendo levar a falência multiorgânica, sendo fatal se não tratada. Pode ser secundária a infeções, neoplasias ou doenças autoimunes. Este caso alerta para a necessidade de suspeitar de MM em doentes com febre e bicitopenia, mesmo sem achados típicos.

Caso Clínico

Mulher, 46 anos, sem antecedentes relevantes, apresentava quadro de 6 meses de sintomas constitucionais, agravados com febre na semana prévia. Negava outros sintomas ou epidemiologia. Nunca apresentou dor óssea ou lesão renal. Analiticamente apresentava anemia (9.5g/dL), trombocitopenia (83.000 g/L), pico monoclonal na fração gama, bem como estudo microbiológico e autoimune negativos. Por agravamento do quadro clínico com hipotensão e febre persistentes, realizou estudo complementar: A tomografia computadorizada revelou linfadenopatias cervicais, hepatoesplenomegália e aumento difuso da densidade óssea; realizou biópsia hepática que evidenciou fenómenos de hemofagocitose; a amostra de medula óssea foi inconclusiva. Necessitou de transfusões, iniciou anakinra(sem resposta satisfatória) e antibioterapia empírica, depois suspensa por exclusão de quadro infeccioso. Face à ausência de melhoria e forte suspeita de neoplasia, realizou PET, que mostrou áreas de hiper captação de FDG-F18 no esqueleto, sugerindo lesões de alto grau metabólico. A segunda biópsia óssea confirmou MM com SH secundária.

Discussão

A SH secundária pode dificultar o diagnóstico da patologia subjacente. Este caso evidencia a dificuldade diagnóstica quando os achados iniciais são atípicos, exigindo adaptação e investigação extensa para esclarecer a etiologia.

Isquemia da língua na Arterite de Células Gigantes – Apresentação atípica a não esquecer

Catarina Filipa Dos Santos Reis; Inês Moreira; Ana Filipa Lopes; Luis Lindeza; Rita Pratas; Ana Pastor; Isabel Magalhães; Ester Ferreira; Edite Pereira; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A arterite de células gigantes (ACG) é uma vasculite crónica de vasos de grande/médio calibre. A isquemia da língua é uma potencial complicação severa. O tratamento deve ser iniciado de imediato para evitar complicações irreversíveis, que poderão culminar na morte.

Caso Clínico

Mulher de 87 anos, flutter auricular hipocoagulado, diabetes mellitus e hipertensão arterial. Recorreu ao Serviço de Urgência por cefaleias holocranianas, dor na língua e placas esbranquiçadas parcialmente destacáveis associadas a disfagia para sólidos, com 4 semanas de evolução. Previamente avaliada no Serviço de Urgência pela mesma sintomatologia, tendo sido diagnosticada com quadro infeccioso e medicada com antibiótico. Ao exame objetivo, língua com extensa lesão ulcerada a ocupar a transição dos terços anterior e médio, recoberta por placa de tecido amarelado, de aspecto necrótico, dolorosa, com bordos irregulares e endurecidos. Ainda, lesões no couro cabeludo compatíveis com isquemia do couro cabeludo e múltiplas adenopatias submandibulares dolorosas e móveis. Analiticamente, Hb 9.8 g/dL (NN), PCR 109 mg/dL e VS 116 mm/h. Realizou ecodoppler dos vasos do pescoço e transcraniano com sinais de oclusão proximal das artérias temporais superficiais. Por quadro sugestivo de ACG iniciou corticoterapia em alta dose, com evolução clínica e analítica favorável. Progrediu estudo com biópsia incisional da lesão ulcerada e de artérias temporais cuja histologia corroborou o diagnóstico. Ao 14º dia desenvolve choque séptico com provável ponto de partida abdominal com evolução em paragem cardiorrespiratória e morte.

Conclusão

A isquemia da língua constituiu uma apresentação atípica e raramente descrita na literatura de ACG, sendo responsável pelo atraso no diagnóstico e terapêutica. Doentes com mais de 50 anos, com dor, descoloração ou edema da língua, que não respondem ao tratamento para infeção/angioedema devem levantar a suspeita de um processo vasculítico.

PTT ADQUIRIDA NO IDOSO: UM CASO CLÍNICO

Diana Briosa Reis; Fátima Cereja; Pedro Reboredo; Isabel V. Rodrigues; Mariana Lourenço Figueiras; José Manuel Ferreira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALGARVE

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A Purpura Trombocitopénica Trombótica (PTT) é uma doença rara, que pode ser uma emergência médica, e que à semelhança de outras doenças pode ocorrer no idoso de forma menos típica.

Caso Clínico

Homem de 78 anos, previamente autónomo, com comorbilidades exclusivamente cardiovasculares/endócrinas e que recorre ao Serviço Urgência por quadro súbito de afasia global e hemianopsia homónima direita, associados e hemiparesia direita (G4/G5) e temperatura 37-37,9°C. Nega outras queixas com exceção lesões purpúricas também objetivados conjuntamente com petéquias abundantes e astenia. Nega infeções recentes ou medicação de novo.

Do estudo complementar os exames de imagem não mostram alterações. Analiticamente: trombocitopenia, anemia hemolítica microangiopática não auto-imune. O esfregaço de sangue periférico mostra esquizócitos e white cells.

Não há disfunção renal e sem evidência quadro gastrointestinal infeccioso ou outro (estudos serológicos e culturais negativos) foi solicitado o doseamento de ADAMTS 13 e pela suspeita de PTT inicia plasmaferese no 4º dia de internamento. Após 6 sessões de plasmaferese sem sucesso e com agravamento clínico é transferido para serviço de referência ao 10º dia de internamento. Resultados laboratoriais à posteriori confirmam ADAMTS 13 quase indoseável (1%) e título de anticorpo francamente positivo contra atividade de ADAMTS 13, confirmando PTT adquirida.

Discussão

Este é um caso cuja suspeição clínica é a base do diagnóstico uma vez que a sua confirmação é tardia. Epidemiologicamente é uma doença mais comum no adulto jovem, sexo feminino ou mesmo raça negra, aqui tínhamos um idoso, sem história de doença autoimune, sem introdução de fármacos de novo mas cuja pontuação no PLASMIC score era 7 pontos traduzindo alto risco PTT, sendo o envolvimento do sistema nervoso central típico desta doença e a ausência de disfunção renal mais típica ainda de PTT adquirida. O início do tratamento não deve aguardar a confirmação diagnóstica sob pena de aumento de desfecho desfavorável com alta mortalidade e nem todos os doentes respondem a plasmaferese, sendo muitas vezes necessário transferência do doente para centros de referência como foi o caso.

DIARREIA CRÔNICA: UMA APRESENTAÇÃO DE TUMOR NEUROENDÓCRINO?

Cristiana Lopes; Marta F. Costa; Joana Sotto Mayor; Cindy Tribuna

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças oncológicas

A diarreia crônica com perda ponderal representa um desafio diagnóstico. Entre as possíveis etiologias, destacam-se as neoplasias neuroendócrinas, que, embora raras, devem ser consideradas devido às suas manifestações inespecíficas.

Mulher de 74 anos, sem antecedentes médicos de relevo, recorreu ao serviço de urgência por anorexia, diarreia persistente com 3 meses de evolução, perda ponderal (10% do peso corporal em 2 meses), lipotímias recorrentes, sendo internada para estudo etiológico.

Os exames laboratoriais revelaram anemia ferropénica e calprotectina fecal elevada (262 µg/g). Estudo microbiológico de fezes negativo. A TC abdominopélvica revelou dilatação de ansas intestinais, sugestiva de gastroenterite. A endoscopia digestiva alta foi normal. A RMN abdominal objetivou apenas hemangioma hepático. Com melhoria clínica, mas sem etiologia definida, teve alta orientada para a consulta de Medicina Interna.

A investigação pós-alta incluiu colonoscopia que não revelou lesões e PET-FDG, que mostrou hiperatividade intestinal sem evidência de neoplasia com metabolismo glicolítico aumentado. A PET-CT 68Ga-DOTANOC não mostrou lesões neoplásicas com hiperexpressão de recetores da somatostatina, mas identificou um nódulo pulmonar com captação de 68Ga-DOTANOC, a justificar investigação complementar. A doente foi orientada para a consulta de Pneumologia com vista à realização de biópsia pulmonar, que aguarda até à data.

Este caso ilustra a complexidade no diagnóstico de tumores neuroendócrinos. Com sintomas inespecíficos, frequentemente atribuídos a condições mais comuns, a descoberta de um nódulo pulmonar com captação de 68Ga-DOTANOC sublinha a importância de incluir tumores neuroendócrinos no diagnóstico diferencial. Destaca-se também a importância de uma abordagem multidisciplinar e do uso de imagiologia avançada para identificar estas neoplasias, garantindo um diagnóstico mais preciso e um tratamento eficaz.

Toracalgia após procedimento dentário

Nereida Fernandes Monteiro; Elsa Araújo; Inês Araújo Ferreira; Rafael Lopes Freitas; Carlos Rego Gonçalves; André Calheiros; Paula Brandão

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

Streptococcus (*S.*) *gordonii* e *S.constellatus* são colonizadores da flora oral e podem causar infeções piogénicas, por microaspiração ou por via hematogénica, sobretudo após procedimentos dentários. Embora raro, o empiema pleural pode surgir sem pneumonia concomitante, tornando a anamnese essencial para o diagnóstico precoce.

Caso clínico

Mulher de 72 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e estenose aórtica moderada. Admitida por toracalgia inferolateral esquerda, agravada à mobilização e inspiração profunda, com 4 dias de evolução. Sem queixas respiratórias nem trauma torácico. Submetida a destarização e extração dentária 15-20 dias antes, sem profilaxia prévia. Ao exame físico, febril, com sopro aórtico grau II e crepitações na base pulmonar esquerda. Sem achados de focalização periférica. Apresentava parâmetros inflamatórios elevados e evidência imagiológica de pequeno derrame pleural com bolhas gasosas de permeio, sem fratura nem alterações sugestivas de pneumonia. Iniciada empiricamente Ceftriaxone e Metronidazol e realizada toracocentese, com saída de líquido exsudativo compatível com empiema. Evolução com febre persistente, insuficiência respiratória tipo 1 aguda, aumento dos parâmetros inflamatórios e evidência imagiológica de empiema multiloculado de grande volume, com espessamento pleural e compressão pulmonar. Discutida abordagem cirúrgica, que foi recusada pela equipa de cirurgia cardiorácica. Optou-se por drenagem percutânea, com inserção de 2 drenos torácicos e lavagens pleurais frequentes. Escalada antibioterapia para Vancomicina e Imipenem e iniciada reabilitação respiratória. O ecocardiograma transesofágico excluiu endocardite. No estudo microbiológico do líquido pleural houve isolamento de *S.gordonii* e *S.constellatus*, ambos multisensíveis, permitindo a descalada para Amoxicilina/Ácido Clavulânico. O restante estudo microbiológico e citológico foram negativos. A doente teve evolução favorável com 5 semanas de antibioterapia, sem recorrência da infeção.

Discussão

Este caso enfatiza o quão uma abordagem terapêutica persistente pode ser determinante para um desfecho favorável, mesmo quando a opção cirúrgica não é viável. Ilustra, ainda, o potencial preventivo da profilaxia antibiótica em doentes com fatores de risco.

Síndrome de Lyell associada a Alopurinol

Luís Coelho; Maria Rebelo; Beatriz Sampaio; Carlota Lalande; Mafalda Leal; Jorge Frade; Ana Catarina Pereira; Elisabete Brum de Sousa; Catarina Costa; Sofia Salvo; Madalena Lisboa

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças raras

Introdução

A Síndrome de Lyell (SL) é uma toxidermia rara, por vezes fatal, associada a aparecimento súbito de febre, sinais de toxicidade sistémica e descamação mucocutânea. Surge por reação imunológica descontrolada a fármacos. O tratamento passa pela imediata suspensão do agente indutor, instituição de cuidados de suporte e redução de risco infeccioso.

Caso clínico

Sexo masculino, 78 anos, hipertenso, diabético, cardiopatia isquémica e insuficiência cardíaca (Fej reduzida). Recorreu ao Serviço de Urgência por prostração, mialgias e sensação febril com 1 semana de evolução. Analiticamente com bicitopenia (hemoglobina 8.9 g/dL e plaquetas 87000/mcL), eosinofilia relativa (11,0 %) e lesão renal aguda (creatinina 3.06 mg/dL e ureia 176 mg/dL). Ao 3º dia de internamento, é objetivada febre (>38°C) e aparecimento de exantema macular de contornos irregulares e centro mais escuro, inicialmente no tronco e região proximal dos membros, com rápida progressão, em poucos dias, para lesões confluentes em todo o corpo, incluindo palmas, plantas e mucosas, formação de flictenas e sinal de Nikolsky positivo. Analiticamente com evolução para pancitopenia, aumento dos parâmetros inflamatórios e agravamento da função renal. Excluídas causas infecciosas subjacentes, e perante evolução clínica, foi colocada a hipótese de SL associada alopurinol, fármaco iniciado um mês antes. A biópsia cutânea confirmou o diagnóstico e fez 4 dias de metilprednisolona. Dado atingimento cutâneo de cerca 30% da superfície corporal e necessidade de cuidados específicos, foi transferido para a Unidade de Queimados, onde se verificou evolução favorável do quadro dermatológico.

Discussão

Este caso alerta para a importância do diagnóstico precoce na SL e a rápida identificação do fármaco causal para prevenir o agravamento e recorrência desta síndrome. A abordagem multidisciplinar e a instituição de cuidados de suporte adequados são essenciais para a sua resolução.

SÍNDROME DE HIPERHEMÓLISE: O PARADOXO DA TERAPIA TRANSFUSIONAL NA DREPANOCITOSE

Carlota Santos Pinto; João Francisco Abrantes; Sofia Romão; Jorge Félix; Ana Oliveira; Joana Rosa Martins; Ryan Costa Silva

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, EPE / HOSPITAL DE SANTA MARIA

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

Na drepanocitose a exsanguineotransusão está indicada em complicações como a síndrome torácica aguda ou o AVC. Na gestão de úlceras de perna também é comum realizar este procedimento embora não haja evidência robusta do seu uso nesse contexto. Contudo, as transfusões não são isentas de risco e em particular a síndrome de hiperhemólise (SH) é uma complicação rara e potencialmente grave, cuja patogénese não está totalmente esclarecida.

Caso clínico

Apresenta-se o caso de uma doente de 40 anos, melanodérmica, com drepanocitose e história prévia de crises vasclusivas, úlcera maleolar e síndrome torácica aguda. Em consulta foi objetivada recorrência da úlcera da perna e Hbs 95.7%, tendo sido decidido, além de cuidados de penso e acompanhamento por Cirurgia, realizar exsanguineotransusão. Sete dias após a exsanguineotransusão instalaram-se queixas de toracalgia com irradiação dorsal, astenia, icterícia e laboratorialmente agravamento da anemia, mesmo após transfusão, com Hb 4.2g/dL (Hb basal de 7g/dL), reticulocitopénia, hemólise (LDH 1056U/L, hiperbilirrubinemia à custa da bilirrubina indireta e consumo de haptoglobina). Foi internada neste contexto e foram descartados os diagnósticos de dissecação aórtica, enfarte agudo do miocárdio e etiologias alternativas para o agravamento da anemia e hemólise. Pelo timing de instalação do quadro, precipitado pelo suporte transfusional, admitiu-se SH e cumpriu terapêutica com imunoglobulina endovenosa associada a corticoterapia com pulsos de metilprednisolona, decidindo-se não realizar transfusão por não se objetivar condição life-saving. Com a referida terapêutica evoluiu favoravelmente com melhoria clínica e laboratorial traduzida pelo retorno da Hb ao valor basal e descida de parâmetros de hemólise.

Discussão

Pretende-se enfatizar a SH e a sua abordagem desafiante, uma vez que o tratamento não é unânime. Além da estratégia implementada neste caso, estão descritos casos com recurso a terapêutica biológica como rituximab, tocilizumab ou eculizumab.

MALÁRIA – UM CASO RARO DE CO-INFEÇÃO POR *P. FALCIPARUM* E *P. OVALE*

Carla Pires; Cristiana Batouxas; Elisabete Pinelo; João Lopes

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

Em doentes com Malária, infeções mistas por *Plasmodium* são frequentemente sub-diagnosticadas, representando as co-infeções por *Plasmodium Falciparum* e *Plasmodium Ovale* apenas cerca de 0,3% da totalidade de co-infeções.

Caso Clínico

Descreve-se o caso de um homem de 25 anos, natural e residente em Angola até há 2 meses, altura em que veio para Portugal. Recorre ao Serviço de Urgência com quadro de toracalgia esquerda pleurítica, cefaleia, calafrios, astenia e perda ponderal de 3kg com 1 mês de evolução. Ao exame físico sem alterações relevantes. Analiticamente com trombocitopenia (54 000), Proteína C Reativa 88mg/dL, sem anemia, coagulopatia, alteração de enzimas hepáticas ou da função renal e com critérios de infeção crónica de Hepatite B (AgHBs e Anti-HBc positivos|carga viral 1828,18UI/ml). Teste rápido de antígeno LDH/ *P. Falciparum* positivo e esfregaço sanguíneo a mostrar co-infeção por *P. Falciparum* e *P. Ovale*, com parasitémia de 0,5%. Doente iniciou Arteméter 80 mg e Lumefantrina 480 mg a cada 12 horas durante 3 dias, com resolução sintomática e da parasitémia ao 3º dia, e teste rápido negativo ao 4º dia. Teve alta ao 7º dia orientado para consulta, a aguardar resultado da pesquisa de deficiência de Glicose-6-Fosfato-Desidrogenase Eritrocitária para início de Primaquina.

Discussão

O reduzido número de casos registados de co-infeção por *P. Ovale* deriva não só da sua baixa incidência endémica mas também do frequente sub-diagnóstico, que se deve à baixa parasitémia desta estirpe e à frequente apresentação clínica tardia, resultante de uma fase hepática dormente do parasita sob a forma de hipnozoítos, o que limita a sua identificação por microscopia e implica muitas vezes a investigação por método *Polimerase Chain Reaction*. Este caso pretende ressaltar a importância do diagnóstico de co-infeção em casos de Malária, de forma a mitigar a falência de tratamento, a resistência aos anti-maláricos e o desenvolvimento de formas graves de doença por *P. Falciparum*, permitindo otimizar o tratamento pela associação de fármacos com sinergismo positivo com Arteméter - atualmente a primeira linha de tratamento em infeções não complicadas com *P. Falciparum*.

UM CASO DE POLISSEROSITE IDIOPÁTICA RECIDIVANTE – desafios diagnósticos e terapêuticos

Daniela Ormonde¹; Ricardo Ferreira¹; João Mascarenhas²; Jorge Almeida¹; Inês Albuquerque¹

¹ CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO, EPE

² UNIC@RISE, DEPARTAMENTO DE FISILOGIA E CIRURGIA, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

Tema: Outro

Introdução

Cerca de 30% dos casos de polisserosite (PS) permanece sem definição etiológica, o que condiciona um grande desafio terapêutico.

Caso clínico

Homem de 73 anos, enviado ao SU por derrame pericárdico com critérios ecográficos de tamponamento em ecocardiograma transtorácico (ETT). Objetivamente: hipofonese na auscultação cardíaca e edema dos membros inferiores; proteína C reativa (PCR) baixa, marcadores de necrose miocárdica e peptídeos natriuréticos normais, taquicardia sinusal e baixa voltagem em eletrocardiografia, radiografia com derrame pleural esquerdo. Realizou pericardiocentese (PC) evacuadora. A investigação foi extensa: estudos dos líquidos pericárdico e pleural (LP); tomografia computadorizada toracoabdominopélvica (TC-TAP); estudos endoscópicos, tomografia de emissão de positrões; observações por oftalmologia e dermatologia; estudo autoimune e estudo microbiológico – sem achados positivos, exceto pela identificação de população anómala de linfócitos B em LP, considerada por Hematologia sem significado patológico. Teve alta com coluicina e AAS, com recidiva de derrame após um mês, apresentando, *de novo*, febre e elevação da PCR. Iniciou prednisolona 40mg/dia, com resposta favorável conducente a alta.

Por recidiva durante a redução de dose de corticoide, foi reinternado. Repetiu todo o estudo prévio, sem novos achados. Dada a impossibilidade técnica de biópsia pleural, construiu-se janela pericárdica com intuito terapêutico e para biópsia que mostrou inflamação inespecífica. Requisitou-se, ainda, estudo de doenças auto-inflamatórias. Optou-se por iniciar azatioprina como poupador de corticoide, com posterior estabilidade clínica e analítica.

Conclusão

Na PS recidivante idiopática com apresentação potencialmente fatal, exige-se persistência diagnóstica em articulação interdisciplinar, sem descuidar os desafios terapêuticos, conforme se ilustra neste caso.

Hipocalcemia e Pancitopenia: Uma Etiologia Inesperada

Gabriela Costeira Paulo¹; Carolina Veiga¹; Ilda Coelho¹; Carlos Oliveira¹; Miguel Ângelo Neto²; Marco Oliveira Dias³

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BARCELOS/ESPOSENDE

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

³ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças oncológicas

A pancitopenia corresponde à diminuição das três linhagens celulares hematológicas. Pode ser causada por diversos fatores, incluindo doenças hematológicas, insuficiência medular, infeções, radiação ou medicamentosa. Embora a hipocalcemia e a pancitopenia pareçam condições independentes, descrevemos um caso clínico em que ambas coexistem, sugerindo uma etiologia subjacente comum.

Mulher, 57 anos, submetida a tireoidectomia total por bócio multinodular há 8 anos, medicada com levotiroxina. Admitida por astenia e parestesias. Identificada anemia (Hb 10 g/dL, VGM 90 fL) e trombocitopenia (97.000/ μ L), sem evidência de hemólise, ferropenia ou défices vitamínicos, associado a hipocalcemia grave (Ca corrigido 4,7 mg/dL) e hiperfosfatemia (8,0 mg/dL). Ionograma, função renal e ácido úrico normais; PTH normal e vitamina D insuficiente (24 ng/mL); elevação isolada da fosfatase alcalina (1600 U/L) e aumento da LDH (513 U/L). Ecografia abdominal e ECG sem alterações. TC vertebral: osteosclerose difusa (metástases?). Avaliação subsequente - ecografia pescoço: adenopatia supraclavicular ~8mm; mamografia: BI-RADS 2; TC tórax: normal; TC AP: nódulo hepático ~3mm, sem organomegalias, adenopatias ou ascite; estudo endoscópico sem alterações relevantes; PET com FDG: hiperatividade metabólica óssea e medular difusa; captação aumentada no baço. Na terceira semana de internamento: hematomas nos membros, com Hb 7,1 g/dL, plaquetas 22.000/ μ L, leucócitos 2.700/ μ L, TP 16,5s, APTT 25s, fibrinogénio 128 mg/dL. Estudo medular - Mielograma: 0,86% blastos e testes genéticos negativos para leucemia promielocítica aguda; Biópsia medular: infiltração por adenocarcinoma pouco diferenciado, com células em anel de sinete, consistente com origem gástrica. Evolução desfavorável, com deterioração progressiva, culminando no óbito da doente.

Descrevemos um caso de adenocarcinoma gástrico de células em anel de sinete, que se apresentou com hipocalcemia secundária a metástases osteoblásticas e anemia com rápida progressão para pancitopenia, por invasão medular. O envolvimento medular e ósseo é raro no cancro gástrico, surgindo maioritariamente associado ao subtipo de células em anel de sinete e a um prognóstico desfavorável.

SÍNDROME BIOLÓGICA INFLAMATÓRIA COMO MANIFESTAÇÃO DE ATROPATIAS MICROCRISTALINAS

Cristiana Lopes; Hugo Gonçalves; Marta F. Costa; Joana Sotto Mayor; Cindy Tribuna

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

As síndromes biológicas inflamatórias, como as artropatias microcristalinas, são condições que resultam de respostas inflamatórias exacerbadas, causadas pela deposição de cristais nas articulações. O diagnóstico diferencial com artrite séptica é essencial.

Mulher de 80 anos, admitida no serviço de urgência (SU) com quadro de confusão e dor no ombro direito com limitação na abdução, sem relato de trauma. As análises revelaram leucocitose (18.000/ μ L) com neutrofilia e elevação da PCR (309 mg/L). A radiografia mostrou artropatia severa e a TC articular alterações degenerativas na articulação escápulo-umeral direita, derrame articular e calcificações. Colocada hipótese de artrite séptica versus artropatia por cristais. A artrocentese revelou líquido sinovial turvo com 19.000 células, predominando polimorfonucleares, e cristais de pirofosfato de cálcio (CPFC) foram identificados ao microscópio, diagnosticando-se monoartrite aguda por deposição de CPFC. O tratamento com colchicina 1 mg/dia e prednisolona 20 mg/dia resultou em significativa melhoria clínica, com recuperação da amplitude articular.

Homem de 67 anos, recorreu ao SU por gonalgia bilateral. Relatava dor que impossibilitava a marcha. Analiticamente, verificou-se elevação da PCR (240 mg/L). O estudo radiográfico das mãos, pés e joelhos revelou erosões em “saca-bocado” e calcificações peri-articulares em múltiplas articulações. A artrocentese e sinoviortese dos joelhos, revelou líquido sinovial com filância diminuída e translúcido. Cristais de urato monossódico em número escasso foram visualizados ao microscópio. Foi diagnosticada artropatia gotosa tofácea em fase poliarticular crónica. O tratamento com prednisolona 30 mg/dia, colchicina 1 mg/dia e febuxostato 80 mg/dia resultou em melhoria clínica com recuperação da capacidade de deambulação.

Estes casos sublinham a importância do diagnóstico diferencial na abordagem de mono- e poliartrites. A artrocentese desempenha um papel crucial ao permitir um tratamento dirigido, evitando o uso desnecessário de antibioterapia empírica e assegurando uma correta gestão das artropatias microcristalinas.

Avaliação Geriátrica Global: “o estetoscópio do geriatra”

Maria Teresa Andrade; Mariana Borges Godinho; Sara Almeida Ramalho; Joana Correia Lopes

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

Tema: Medicina geriátrica

Título

Avaliação Geriátrica Global: “o estetoscópio do geriatra”

Introdução

A Avaliação Geriátrica Global (AGG) é um instrumento que permite obter informação detalhada e multidimensional sobre o estado de saúde do idoso, possibilitando intervenções personalizadas e dirigidas. O caso apresentado ilustra a importância da AGG, reforçando o seu caráter diagnóstico e terapêutico.

Caso clínico

Uma mulher de 90 anos foi encaminhada à consulta de Medicina Interna por suspeita de neoplasia, em contexto de perda ponderal não intencional (diminuição do índice de massa corporal de 25.6kg/m^2 para 17.6kg/m^2 em 2 anos), anorexia e cansaço, com impacto na funcionalidade e necessidade de institucionalização, tendo realizado análises e tomografia computadorizada toracoabdominopélvica, sem alterações que pudessem justificar o quadro. Na consulta de Medicina Interna, aplicou-se a AGG, destacando-se a identificação de Índice de *Barthel* 85/100 (necessidade de apoio para banho, vestir e escadas), *Marcha de Holden* 4 (necessidade de apoio em superfícies não planas), *Mini Nutritional Assessment Short-Form* 4 (desnutrição - IMC 19.15 kg/m^2 , refeições com pouco conteúdo proteico e em quantidade insuficiente, sensação de “amargo na boca” e cáries dentárias) e *Clinical Frailty Scale* 6 (fragilidade moderada). Colocou-se como hipótese diagnóstica desnutrição com impacto na funcionalidade de etiologia multifatorial por baixa ingestão proteica, anorexia e pirose, tendo sido feita revisão terapêutica com alteração do antidepressivo que cumpria para mirtazapina, introdução de omeprazol, lavagem diária da cavidade oral, plano dietético com reforço proteico e incentivo a manter seguimento no médico dentista. Dois meses depois, regressou à consulta, apresentando recuperação do apetite e aumento de 5kg, com melhoria significativa do estado nutricional e da funcionalidade.

Discussão

O caso aborda um quadro constitucional enviado à consulta de Medicina Interna para investigação. Através da AGG, sem recorrer a exames complementares de diagnóstico adicionais, foi possível o esclarecimento diagnóstico, com identificação e resolução de problemas com medidas simples. Assim, reforça-se o impacto que a aplicação da AGG pode ter na redução de custos e otimização dos cuidados de saúde, promovendo uma gestão mais eficiente de recursos.

Bacterial Parotitis Triggered by Non-Invasive Ventilation: A Case Report Of A Rare Complication

Pedro Miguel Ventura; Hugo Graça; Maria João Rocha; Benilde Barbosa; Inês Fonseca; Pereira de Moura; Lèlita Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introduction

Respiratory syncytial virus (RSV) infection may lead to respiratory failure, requiring non-invasive ventilation (NIV). Although NIV is essential, it can rarely precipitate complications such as bacterial parotitis. Therefore, we present a case of parotitis underlining the risk factors and how to prevent this rare NIV's iatrogenic condition.

Clinical Case

A 90-year-old female with type 2 diabetes, congestive heart failure and stage IV chronic kidney disease as relevant comorbidities was admitted with prostration, productive cough and dyspnea secondary to RSV infection. The patient required NIV and, four days after, developed bilateral parotid swelling with pain, erythema and warmth.

Viral studies were negative for epidemic parotitis - commonly known as mumps -, although IgG antibodies were positive. Blood cultures were negative and no fine needle aspiration was performed. Laboratory tests revealed leukocytosis with neutrophilia and a C reactive protein level of 17.2 mg/dL, reinforcing the diagnosis of bacterial parotitis. Ultrasound examination revealed increased reflectivity and vascularity of both parotid glands, consistent with acute bilateral parotitis. Empirical treatment with ceftriaxone and clindamycin for 10 days resulted in gradual improvement.

Differentiating bacterial from viral parotitis was crucial, as treatment strategies diverge significantly and also because mumps is frequently associated with orchitis and subsequent male infertility, being a major concern in teams with male healthcare professionals.

Discussion/Conclusion

The pathogenesis of NIV-induced parotitis likely involves positive airway pressure causing obstruction of salivary flow through Stensen's ducts, leading to stasis and subsequent bacterial infection. Additional risk factors such as hyposalivation and prolonged fasting due to mechanical ventilation, immunocompromising comorbidities and the use of anticholinergic drugs shall also be recalled.

Herein, reforced hydration, frequent brief NIV pauses for feeding and oral hygiene are some of the preventive measures regarding this rare condition. We underscore the importance of early recognition and differentiation of parotid gland infections in patients undergoing NIV, guiding appropriate and timely therapeutic intervention.

Nem tudo que parece, é: de Neoplasia Intestinal a Leishmaniose Visceral

Pedro Correia de Miranda; Sandra Barbosa; Clarisse Neves; Patrícia Brito; Jorge Cotter

CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE, EPE / HOSPITAL DA SENHORA DA OLIVEIRA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem de 39 anos, autónomo, de naturalidade brasileira a viver em Portugal há 18 meses, sem antecedentes médicos, medicação crónica, ou hábitos toxifílicos. Recorre à Urgência por quadro constitucional com perda de 15% de peso em 20 dias, associado a anorexia, diarreia, e febre de características vespertinas. Ao exame físico constatavam-se inúmeras lesões planas dispersas pelo corpo, sem sinais inflamatórios, bordos irregulares, despigmentadas. Do estudo analítico destacava-se: pancitopenia, lesão renal aguda com creatinina de 2,21mg/dL, citólise hepática com TGO de 150UI/L e PCR de 89mg/dL. Em TAC, observava-se esplenomegalia de 16cm, adenopatias retroperitoneais e mesentéricas, e hepatomegalia de 19cm.

Feito diagnóstico inaugural de HIV, iniciou terapêutica antiretroviral no 1º dia de internamento. Realizou mielograma com pesquisa de Leishmania e Endoscopia Digestiva Alta, que revelou múltiplas placas esbranquiçadas, não destacáveis com lavagem, compatíveis com candidíase esofágica, iniciando terapêutica com Fluconazol. No 5º dia iniciou quadro de rectorragias, realizando colonoscopia urgente que revelou uma neoplasia ulcerada, estenosante, friável, com volumoso coágulo aderente, no ângulo hepático do cólon. No 7º dia, o estudo analítico revelava imunossupressão grave, com contagem de CD4 3 célula/uL. Iniciou profilaxias com Cotrimoxazole e Azitromicina.

No 8º dia, por critérios de choque hemorrágico, foi submetido a laparotomia exploratória, com identificação de lesão tumoral ao nível do cólon ascendente e tendo sido realizada hemicolectomia direita. Após cirurgia, foi admitido no Serviço de Medicina Intensiva.

Neste dia, o esfregaço de sangue periférico revelou amastigotos de Leishmania, iniciando tratamento com Anfotericina B. Posteriormente, mielograma confirmava presença de Leishmania em mieloculturas. Diagnóstico firmado também em hemoculturas. Finalmente, diagnóstico histológico de peça cirúrgica exclui neoplasia, confirmando lesões ulceradas de fundo necrohemorrágico, de etiologia infecciosa por Leishmania. Apesar de tratamento dirigido, doente faleceu ao 23º dia de internamento.

Mais do que o viés que a semiologia pode dar, este caso demonstra, apesar da evolução do conhecimento médico e da farmacologia, o impacto que as infeções oportunistas ainda podem ter.

Sífilis e doença de Behçet com espondiloartropatia: quando as manifestações clínicas se sobrepõem

Emanuel Silva Pereira; Inês de Almeida Rodrigues; Catarina Costa; Marta Cunha; Margarida França

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÓNIO

Tema: Outro

Introdução

A doença de Behçet (DB) é uma vasculite sistémica, que cursa com aftose orogenital recorrente e afeta sobretudo jovens adultos. A sífilis, pela variedade de manifestações clínicas é frequentemente diagnóstico diferencial de outras patologias.

Caso Clínico

Homem, 53 anos, recorreu ao serviço de urgência por poliartralgias de ritmo inflamatório e limitação funcional. Referência a quadro de dor abdominal difusa, perda ponderal de 7 kg nos últimos 3 meses e hematoquézias, interpretado como proctite inespecífica. Referia ainda úlceras orogenitais de fundo nacarado, dolorosas e recorrentes bem como, adenopatias inguinais no último mês. Durante o internamento, queixas de cefaleias holocranianas associadas a diminuição da acuidade visual. Ao exame objetivo, verificada dactilite das articulações interfalângicas proximais, *Patrick* e *Laségue* positivos bilateralmente com *Schober* 12 cm e papilite ocular bilateral. Do estudo: calprotectina fecal de 191 µg/g; TPHA positivo e VDRL 1/32; líquido cefalorraquidiano com proteinorráquia e pleocitose com predomínio linfocítico, VDRL e PCR herpesvírus humano-6 positivos; HLA B51 e B44 positivos. Assumido o diagnóstico de sífilis secundária com atingimento gastrointestinal e neurológico, cumpriu terapêutica com benzilpenicilina e ganciclovir com evolução favorável. Cintigrafia óssea com hiperfixação nas articulações sacroilíacas, angiografia por ressonância magnética cerebral e eletroencefalograma insuspeitos. Firmado o diagnóstico de DB com atingimento articular, mucocutâneo e espondiloartropatia iniciou colquicina. Está assintomático aos 2 meses de *follow-up*.

Discussão

É importante uma história clínica detalhada e bem delimitada temporalmente, que permita despoletar no raciocínio a possibilidade de sobreposições clínicas. A sífilis e a DB apresentam um carácter multissistémico com manifestações clínicas similares (nomeadamente na variante secundária e neurosífilis). Com os diagnósticos coincidentes, foi difícil definir os limites de atingimento *per se*, com as consequentes implicações na investigação e terapêutica.

“Mais vale remover do que remediar” um caso de encefalite paraneoplásica

João Cafôfo; Rita Palma Féria; Ana Margarida Fernandes; Sara Baganha; Eurídice Espírito Santo; Ana Cristina Grilo; Fernando Martos Gonçalves

HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

Tema: Doenças raras

Introdução

A encefalite anti-recetor N-Metil-D-Aspartato (anti-NMDA) é uma forma de encefalite autoimune, rara, caracterizada por sintomas neuropsiquiátricos (alteração do comportamento, memória, psicose, cefaleia, crises epiléticas), podendo associar-se a manifestações disautonómicas e depressão respiratória com necessidade de ventilação mecânica. A sua associação com tumores é frequente, nomeadamente com teratoma do ovário (60% dos casos em mulheres jovens), sendo a remoção cirúrgica parte integrante do tratamento;

Caso clínico

Descrevemos o caso de uma jovem de 22 anos, natural da Índia, trazida ao serviço de urgência por cefaleia e alteração do comportamento com 1 semana de evolução. Objetivamente a salientar desorientação temporoespacial, agitação psicomotora e alterações do movimento (distonia VS catatonía), alucinações auditivas e alterações do pensamento. Analiticamente sem alterações de relevo. Avaliação por Neurologia e Psiquiatria com impressão de etiologia orgânica, foi realizada punção lombar com pleocitose, e que confirmou presença de Anticorpos Anti-NMDA. Admitida encefalite autoimune NMDA, iniciou imunossupressão com corticoterapia e imunoglobulina intravenosa. Realizou TC-AP que revelou massa de 3cm sugestiva de teratoma do ovário esquerdo. Como intercorrência a salientar insuficiência respiratória multifatorial (depressão respiratória neurológica, pneumonia de aspiração por depressão do estado de consciência e infeção Influenza A) com necessidade de ventilação mecânica transitória e admissão em UCI. Após estabilização respiratória realizou excisão laparoscópica do teratoma, mantendo terapêutica imunossupressora, com regressão significativa dos sintomas neuropsiquiátricos que permitiu a alta. Seguimento ambulatorio multidisciplinar com evolução favorável.

Discussão

Este caso exemplifica a manifestação típica de uma doença rara, servindo para sensibilizar para esta patologia e a sua manifestação eminentemente neuropsiquiátrica em mulheres jovens. Salienta ainda a necessidade de uma abordagem multidisciplinar – neurologia, psiquiatria, ginecologia, medicina interna e cuidados intensivos – para um diagnóstico e intervenção precoce, nomeadamente cirúrgica, que se relaciona com uma melhoria no prognóstico funcional destes doentes.

Febre sem foco: Tempestade tiroideia no diagnóstico inaugural de doença de Graves

Nathalie Duarte; Mariana Gaspar; Marcia A. Pereira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A tempestade tiroideia (TT) é a forma mais grave de tireotoxicose, caracterizada por disfunção metabólica multissistêmica, maioritariamente associada à doença de Graves.

Caso clínico

Mulher de 68 anos, antecedentes de sobrepeso, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2. Viagem a Punta Cana aonde fez azitromicina por diarreia do viajante. Desde então com mialgias generalizadas, febre, tremores, náuseas, vômitos, diarreia aquosa e perda ponderal de 15% com 1 mês de evolução. Encaminhada a urgência por quadro de afasia e parestesias do membro superior esquerdo. Ao exame objetivo com agitação e confusão, afasia fluente com déficit de repetição, apagamento do sulco nasogeniano direito e hiperreflexia generalizada. TC- Crânio encefálico e RM- Crânio-encefálica sem alterações. Excluídas as principais causas infecciosas. Realiza TC-tórax que evidencia bócio multinodular mergulhante. Calculado Score de Burch-Wartofsky Point Scale (BWPS) de 55 pontos, altamente sugestivo de tempestade tiroideia. Analiticamente com Hormona tireo-estimulante (TSH) indoseável e Tiroxina livre (FT4) >7.77 ng/dl, Triiodotironina livre (T3) > 32.6 pg/ml, Ac anti-receptor TSH 13.8 IU/L. Ecografia tiroideia compatível com componente de tiroidite ativa. Com o diagnóstico de doença de Graves, iniciou metibazol 10mg 2x/dia, propranolol 10mg 2x/dia e selenio 100mcg 2x/dia. A alta sem défices neurológicos, com TSH indoseável e FT4 3.62 ng/dl.

Discussão

A tempestade tiroideia tem uma mortalidade de 10-30% se não tratada. Analiticamente diagnostica-se por FT4 e T3 elevadas, TSH indoseável, hiperglicemia, hipercalcemia e o Score BWPS é utilizado para o diagnóstico. Clinicamente pode manifestar-se por febre, alterações neurológicas como a agitação, delirium, crises epilépticas e coma, gastrointestinais (náuseas, vômitos, diarreia e icterícia) e cardiovasculares (taquicardia, fibrilação auricular, insuficiência cardíaca, hipertensão inicial ou hipotensão tardia).

A infecção é o fator precipitante mais comum, apesar de neste caso não se conseguir afirmar a causalidade. O tratamento passa por bloquear a síntese de hormonas tiroideias e conversão periférica de T4 a T3 e controlo da frequência cardíaca, pode ainda ser de suporte ou por uma abordagem definitiva como a plasmaferese ou tireoidectomia.

Quando um adenocarcinoma do esôfago parece um AVC

Daniela Filipa Dos Santos; Juliana Andrade; Pedro Mesquita; Rita Pinto; Diogo Ferraro Junqueira; Filipa Cunha; Marta Braga; Vânia Gomes; Marina Alves; Céu Rodrigues

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

Os tumores cerebrais mais comuns são os de origem secundária, nomeadamente metástases de neoplasias do pulmão, mama, rim ou melanoma.

O adenocarcinoma do esôfago apresenta mais frequentemente disseminação local com invasão de estruturas adjacentes, ou metastização pulmonar ou hepática.

Salienta-se este caso por constituir um adenocarcinoma do esôfago cuja apresentação inicial foi a sintomatologia secundária a metástase cerebral.

Caso Clínico

Homem, 53 anos, leucodérmico, ex-fumador (20 UMA), com esofagite péptica distal em endoscopia de há 14 meses, sem outros antecedentes de relevo. Apresentava há mês e meio alterações do humor, anorexia, enfartamento precoce, alteração do paladar e perda involuntária de 5Kg. Recorreu ao Serviço de Urgência por desorientação, alterações do discurso e diminuição da força do membro superior esquerdo. A angioTC CE identificou lesão ocupante de espaço temporal inferior esquerda de 2,3x3,1cm, tendo sido internado para estudo etiológico. Fez RM que favoreceu hipótese de lesão secundária de primário oculto, não descartando possível glioblastoma. A PET apenas captou no esôfago distal e a EDA revelou lesão esofágica vegetante, ulcerada e friável de 5cm, cuja histologia confirmou tratar-se de adenocarcinoma de baixo grau.

Pela apresentação atípica, considerou-se necessário descartar lesão primária cerebral concomitante, pelo que foi feita excisão cirúrgica da mesma, confirmando tratar-se de lesão metastática.

Discussão

Este caso recorda que não devemos descartar origens primárias apenas por não serem as mais comuns ou por haver exames recentes sem alterações. Realça também a importância da multidisciplinariedade no cuidado dos doentes, uma vez que os diferentes sistemas se podem relacionar inesperadamente.

Diagnóstico em contra-relógio: um caso clínico

Daniela Filipa Dos Santos; Juliana Andrade; Pedro Mesquita; Rita Pinto; Diogo Ferraro Junqueira; Filipa Cunha; Marta Braga; Vânia Gomes; Marina Alves; Céu Rodrigues

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

As neoplasias condicionam um estado de hipercoagulabilidade, sendo as de origem pulmonar, renal ou metastáticas as de maior risco trombótico. Este caso clínico realça não só a dimensão que um trombo pode alcançar neste contexto, mas também a rapidez de evolução das neoplasias. O que difere este caso da maioria dos adenocarcinomas do pulmão é a trombose venosa profunda ter sido a apresentação inicial.

Caso Clínico

Mulher, 54 anos, natural do Brasil, não fumadora, seguida em consulta de Medicina Interna há 1 ano por emagrecimento, alteração do padrão intestinal e vômitos recorrentes. Estudo realizado há 9 meses: TAC TAP a revelar hemangioma hepático único e endoscopia digestiva alta e baixa sem alterações. Recorre ao Serviço de Urgência por dor inguinal esquerda latejante com irradiação para o membro inferior esquerdo, sendo identificada Trombose Venosa Profunda femuro-poplitea e da grande safena esquerdas. Alta hipocoagulada. Regressa 3 dias depois hipotensa, taquicárdica, com dor abdominal intensa e anemia grave (Hb 5g/dL). A TC TAP mostrou múltiplos nódulos hepáticos e peritoneais sugestivos de lesões metastáticas; trombose das veias femoral e ilíaca esquerdas, até ao terço médio da veia cava inferior.

Em internamento repetiu estudos endoscópicos digestivos que não revelaram alterações; PET sugestivo de envolvimento maligno pulmonar bilateral, hepático e peritoneal e ganglionar supra e infradiafragmático; líquido pleural sem células malignas; biópsia de lesão hepática compatível com adenocarcinoma de origem pulmonar.

Verificou-se evolução desfavorável, com progressão dos eventos trombóticos, degradação do estado geral da doente, sem condições para tratamento dirigido, acabando por falecer ao 40º dia de internamento.

Discussão

Este caso destaca-se pela apresentação inicial ser em fase avançada com trombose intra-abdominal extensa que habitualmente surge meses após o diagnóstico e pela rapidez de evolução, dado que a doente tinha meios de imagem abdominal recente sem evidência de lesões secundárias. Aqui os nódulos surgem num espaço de 9 meses.

AVC Hemorrágico por Angiopatia Amilóide

**Catarina Morete Cabrita¹; Angélica Lopes²; João Carlos Oliveira²; José Pedro Costa²;
João Pedro Marto²**

¹ HOSPITAL DISTRITAL DA HORTA

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LISBOA OCIDENTAL

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A angiopatia amilóide cerebral(AAC) é causa importante e crescente de hemorragias cerebrais, acima dos 60 anos. Ocorre por depósito de amilóide β na parede de pequenos vasos do córtex cerebral e leptomeninges. Embora a ressonância magnética (RM) possa sugerir esta entidade, baseada nos critérios de Boston, o diagnóstico definitivo requer biópsia. A abordagem terapêutica prende-se com a gestão da hipertensão e controlo de sintomas neurológicos, sendo limitado o tratamento específico.

Os autores descrevem uma mulher, 70 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão controlada, trazida à urgência por alteração da linguagem e comportamento (estaria a picar bifos com chaves) no dia anterior e incontinência de esfíncter urinário nesse dia. À admissão, apresentava-se em mutismo, não cumpria ordens, com queda do membro superior direito sem embate no leito, hipostesia algica direita inferida por estímulo algico, duvidosa hemianopsia homónima direita, inferida por reflexo à ameaça e apagamento do sulco nasogeniano direito. Pontuava NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) de 17. Realizou tomografia computadorizada crânio encefálica com imagem de hematoma lobar esquerdo, na região cortico-subcortical frontal. Assumiu-se AVC (acidente vascular cerebral) hemorrágico cortico-subcortical frontal esquerdo, por provável AAC, dada a idade da doente e localização não profunda do hematoma. Para suportar a impressão diagnóstica, realizou RM com evidência de características típicas de AAC, segundo os critérios de Boston, com presença de micro-hemorragias corticais e siderose cortical superficial. À data de alta, a doente apresentava um NIHSS de 15, com fraca melhoria clínica. O prognóstico funcional da doente é mau dado o declínio neurológico e cognitivo associado a esta entidade.

Em suma, este caso ilustra a importância de reconhecer esta entidade, frequentemente subdiagnosticada, mas cada vez mais reconhecida como causa de hemorragias cerebrais. A RM foi imprescindível para o suporte do diagnóstico, sabendo que a biópsia é que o dita. Reforça-se assim a necessidade de um diagnóstico preciso e da utilização de técnicas imagiológicas avançadas, como a RM para estudar a etiologia dos AVCs hemorrágicos. Destacam-se as limitações do diagnóstico definitivo, que muitas vezes depende de métodos invasivos.

Nefrite intersticial aguda: importante diagnóstico diferencial a considerar

Maria Homem Ferreira; Vasco Tiago; Edgar Amaro; Francisca Sá Couto; Isabel Castro Guerra

HPP HOSPITAL DE CASCAIS

Tema: Doenças renais

Introdução

A elevada prevalência de lesão renal aguda (LRA) em doentes internados num serviço de Medicina Interna não se traduz numa maior facilidade de diagnóstico e tratamento. A abordagem inicial é transversal à maioria dos doentes, incluindo a avaliação de sinais clínicos e análises laboratoriais sugestivos de etiologia pré-renal, bem como a realização de um exame de imagem para avaliação de patologia obstrutiva. Excluídas estas possibilidades, considera-se uma disfunção intrínseca, cuja investigação inclui a avaliação do sedimento urinário.

Caso clínico

Apresenta-se o caso de um homem de 86 anos, internado por bacteriemia a *Aerococcus urinae*, com origem em espondilodiscite lombar. O isolamento do microrganismo em duas hemoculturas levou ao ajuste da antibioterapia empírica para ampicilina dirigida, conforme o teste de suscetibilidade a antibióticos, que cumpriu durante 22 dias, com indicação para completar pelo menos seis semanas de tratamento.

Face à melhoria clínica e laboratorial sustentada, ao 28º dia de permanência hospitalar foi decidida a modificação da antibioterapia para amoxicilina oral. No entanto, após dois dias verificou-se um aumento da creatinina sérica de um basal de 0,95 mg/dL (TFGe 78 ml/min/1.73m²) para um máximo de 3,02 mg/dL ao 3º dia (TFGe 19 ml/min/1.73m²), definindo-se como LRA estadio 3 da classificação AKIN. Do estudo complementar realizado, destaca-se um sódio urinário de 51 mmol/L e uma fração de excreção de sódio de 3,5%.

Neste contexto, optou-se pela alteração da antibioterapia para ciprofloxacina e a função renal normalizou 48h após a última toma de amoxicilina.

Discussão

O diagnóstico de nefrite intersticial aguda em doentes polimedicados é frequentemente acompanhado pela dificuldade em identificar o “culpado”. A demora na realização de uma biópsia renal, num hospital sem presença de Nefrologia, inviabilizou este exame como meio diagnóstico. Assim, a correlação temporal entre a disfunção renal e a introdução do fármaco, associada à completa resolução da mesma 48h após a sua suspensão, foram fatores determinantes para o diagnóstico presuntivo.

Isquemia Intestinal Não Oclusiva: Um evento inesperado num doente com Acute-on-Chronic Liver Failure

Rui Pancas; Jéssica Marques; Ana Lourenço Jardim; Bernardo Matias; Filipe Vilão; Isabel Fonseca; Lèlita Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Introdução

A *Acute-on-Chronic Liver Failure* (ACLF) é uma descompensação aguda de cirrose hepática, associada a falência multiorgânica e mortalidade $\geq 20\%$ aos 28 dias. Entre as complicações sistémicas descritas na literatura, a isquemia mesentérica não oclusiva (IMNO) é um evento raro, mas que se associa a um rápido declínio no prognóstico dos doentes, com mortalidade de 70 a 100%.

Caso Clínico

Homem de 65 anos, com antecedentes de alcoolismo e hipertensão arterial, recorreu ao serviço de urgência por hiperbilirrubinémia (Brb T 19.4 mg/dL; Brb D 13.2 mg/dL) e icterícia com 2 meses de evolução. À admissão apresentava também encefalopatia de grau I de West-Haven. A ecografia abdominal evidenciou um fígado dismórfico, sugestivo de cirrose hepática e derrame peritoneal moderado.

Foi internado com o diagnóstico de ACLF grau 1b, com um MELDNa de 30 pontos e Child-Pugh classe C, sendo sinalizado precocemente à equipa de Transplantação Hepática. Do estudo efetuado, destacava-se hiponatrémia, hipoalbuminémia, hiperferritinémia e trombocitopenia. Iniciou carvedilol, espironolactona, rifaximina e lactulose.

Fez uma biópsia hepática transjugular que revelou esteato-hepatite alcoólica severa, em fase de cirrose.

Ao 7º dia de internamento, apresentou agravamento do estado geral, embora hemodinamicamente estável. Ao exame físico, evidenciava distensão abdominal e timpanismo, sem dor associada, traduzindo-se radiologicamente por aerocolia com dilatação marcada de ansas intestinais. Evoluiu para coma, necessitando de entubação e ventilação mecânica.

A TAC toraco-abdomino-pélvica evidenciou achados compatíveis com IMNO extensa, envolvendo múltiplos segmentos do intestino delgado e alguns segmentos do cólon. Discutido o caso com a equipa de Cirurgia Geral, concluiu-se a inviabilidade de intervenção. Privilegiaram-se as medidas de conforto, acabando por falecer nesse dia.

Conclusão

A ACLF está associada a um estado inflamatório intenso, com desequilíbrio exigente entre oferta e demanda. Pode existir uma base de alteração da perfusão tecidual ao nível microcirculatório em estados pró-inflamatórios, podendo-se desenvolver IMNO. O diagnóstico é complexo dada a heterogeneidade de sintomas, sendo que este caso ilustra uma complicação a considerar suspeição em doentes com descompensação aguda de cirrose.

Pensar além da neoplasia

Pedro Brito Guerreiro; Rita Tourais Martins; Carolina Gomes; João Barroso; Desireé Farinha; Cláudia de Jesus; Sofia Guerreiro Cruz; Luís Cuña

ULS ESTUÁRIO DO TEJO, HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A doença oncológica metastática pode manifestar-se de diversas formas e traduz maior morbimortalidade para o doente. Sinais neurológicos de novo levantam a hipótese de envolvimento do sistema nervoso central, nomeadamente de metastização cerebral, cujas causas mais frequentes são o carcinoma do pulmão, mama, rim e melanoma. No entanto, importa não esquecer as demais etiologias possíveis para uma atempada e adequada abordagem terapêutica.

Relata-se o caso de um homem de 71 anos, com carcinoma papilar do rim esquerdo em estadio IV, sem tratamento oncodirigido e em cuidados paliativos, admitido por hemiparésia e parésia facial central direitas de novo, sem outra sintomatologia associada. Analiticamente com leucocitose ligeira e PCR 7 mg/dL, sem outros achados valorizáveis. Evidência em TC-CE de hipodensidade tálamo-cápsulo-radiária esquerda, com ligeiro efeito de massa, sugestiva de lesão ocupante de espaço (LOE) e interpretada como metastização cerebral, tendo iniciado dexametasona.

Realizou RM-CE para melhor caracterização da lesão, que demonstrava características atípicas para metástase, tendo-se colocado a hipótese de eventual etiologia infecciosa, nomeadamente infeção por *Listeria*. Foi iniciada antibioterapia de largo espectro, posteriormente descalada para ampicilina após isolamento em hemoculturas de *Listeria monocytogenes* (punção lombar inconclusiva), assumindo-se diagnóstico de abscesso cerebral, sem indicação para intervenção neurocirúrgica. Apesar da resposta analítica favorável à antibioterapia, evoluiu com agravamento do estado clínico tendo acabado por falecer.

Conclusão

Perante sintomatologia de novo num doente oncológico é comum ponderar a progressão da doença como uma possível causa. No entanto, neste caso no diagnóstico diferencial das LOE, devemos incluir causas infecciosas como o abscesso cerebral, além da etiologia neoplásica, sendo a RM-CE útil para a sua distinção.

De ressaltar ainda que, apesar de ser uma apresentação rara, a infeção do sistema nervoso central por *Listeria monocytogenes* pode evoluir para abscesso cerebral, em particular nos indivíduos imunodeprimidos.

Mieloma múltiplo de cadeias leves: a propósito de um caso clínico

Sofia Ferreira Cunha; Andreia Balbino; Marta Vieira; José Lucena; Leonor Soares; Manuel Monteiro

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

O mieloma múltiplo de cadeias leves corresponde a 15-20% de todos os mielomas múltiplos. É caracterizado pela incapacidade de os plasmócitos produzirem cadeias pesadas, resultando na produção exclusiva de cadeias leves. Desta forma, não é visível na eletroforese de proteínas séricas a presença de pico compatível com componente M.

Caso clínico

Doente do sexo feminino, 55 anos, melanodérmica. Sem história médica relevante. Recorre ao Serviço de Urgência por quadro de cefaleia holocraniana, mialgias e caibras de cronologia imprecisa. Da avaliação analítica realizada destacava-se a presença de anemia macrócítica (hemoglobina 7.1g/dL, Volume Globular Médio (VGM) 97fL), disfunção renal (creatinina 1.19 mg/dL e taxa de filtração glomerular 51 mL/min./1.73) e hipercalcémia grave (16.9 mg/dl de cálcio sérico e 2.12 mmol/l de cálcio ionizado). Foi admitida em Unidade de Cuidados Intermédios para monitorização cardíaca e metabólica.

Durante o internamento nesta unidade, foi realizada investigação da causa de hipercalcémia. De destacar doseamento de hormona da paratiroide (PTH) dentro dos parâmetros da normalidade e vitamina D 25 ligeiramente diminuída. Na eletroforese de proteínas séricas identifica da hipogamaglobulinémia. Do doseamento das cadeias leves livres séricas, com elevação do valor das cadeias leves livres Lambda 2360,0 mg/L (VR 8.3 - 27.0 mg/L) com doseamento de cadeias leves livres Kappa normal e rácio cadeia leve livre Lambda/ cadeia leve livre Kappa > 100. Na imunofixação sérica identificada a presença de componente monoclonal de tipo cadeias leves livres lambda. Foi ainda realizado mielograma e biópsia óssea com identificação de 87% de plasmócitos na medula óssea. Na tomografia computadorizada de corpo identificadas várias lesões líticas no esqueleto axial (arcos costais, vértebra lombar 3, esterno e íliacos).

Discussão

Admitido o diagnóstico de mieloma múltiplo de cadeias leves lambda. Discutido o caso com a Hematologia, tendo iniciado dexametasona e bortezomib. Este caso mostra a importância da valorização do quadro clínico (anemia, disfunção renal e hipercalcémia) e o prosseguimento da marcha diagnóstica de mieloma múltiplo mesmo na ausência pico de componente M.

Um Achado que Mudou Tudo: A Importância do Detalhe no Diagnóstico de Emergências

João Pedro Moreira; Inês Barbosa Leão; Daniela Augusto; Carolina Queijo; Jorge Reboredo Pinheiro; Margarida Montes; Fernando Salvador; Sandra Morais

CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, EPE / HOSPITAL DE VILA REAL

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução

A dissecção aórtica é uma condição grave e potencialmente fatal, caracterizada pela separação das camadas íntima e média da artéria, criando um falso lúmen. Clinicamente, manifesta-se com dor torácica súbita e intensa, frequentemente com irradiação interescapular. Os principais fatores de risco incluem hipertensão arterial (70% dos casos), doença aórtica prévia (como aneurismas) e histórico familiar. O diagnóstico pode ser negligenciado devido à apresentação variável, exigindo alta suspeição clínica e exame físico cuidadoso para evitar desfechos catastróficos.

Descrição do Caso

Mulher de 68 anos, autónoma, com osteoporose, recorreu à urgência por hematemese e dorsalgia indolente e inespecífica com 2 semanas de evolução. Ao exame físico, apresentava restos hemáticos na cavidade oral, mucosas pálidas, fácies de desconforto e diferença tensional de 30 mmHg entre membros superiores. A radiografia torácica mostrou hiperdensidade na crossa da aorta e derrame pleural esquerdo. O Angio-TAC confirmou dissecção aórtica com *flap* endoluminal no arco aórtico, hemotórax e hemorragia alveolar. A paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica, hipotensão e queda de hemoglobina, sendo transferida para cirurgia vascular, onde foi submetida a intervenção emergente com sucesso.

Conclusão

Este caso reforça a importância de um exame físico detalhado e da suspeição clínica, mesmo quando a apresentação é atípica ou frustra. A diferença tensional entre membros superiores foi um achado crucial para o diagnóstico. Em serviços de urgência, onde casos não urgentes predominam, é essencial manter o foco em patologias graves, como a dissecção aórtica. Um diagnóstico atempado e uma abordagem metódica podem salvar vidas, destacando a necessidade de atenção aos detalhes, mesmo em contextos desafiantes.

COMUNICAÇÕES ORAIS

CASUÍSTICA/INVESTIGAÇÃO



ÍNDICE

- CO0031 Análise qualitativa do registo médico da urgência do doente com demência em últimos dias de vida
- CO0070 O Fibrinogénio é fator de risco cardiovascular numa população Portuguesa
- CO0090 O gene ZC3HC1 aumenta risco de Hipertensão Arterial. O tabagismo camufla a influência genética?
- CO0103 Reduced levels of leptin associate with reduced bone mineral density in cystic fibrosis patients
- CO0106 Fibrilhação Auricular em Idosos ≥80 Anos: Entre a Hemorragia e a Trombose – Um Estudo Retrospectivo
- CO0110 Antibioterapia em Cuidados Paliativos- Reflexões para a Prática Clínica
- CO0135 Farmacovigilância em Medicina Interna: conhecimento e prática na notificação de suspeita de RAM
- CO0163 O fibrinogénio associa-se ao aumento do risco de doença cerebrovascular numa população Portuguesa
- CO0166 Validação de inquérito de qualidade de vida em doentes com CBP e correlação clínico-laboratorial
- CO0224 Galectina 3 - Biomarcador de risco na Insuficiência Cardíaca? Dados preliminares do estudo ROAD-HF
- CO0227 Será o ST2 útil no prognóstico da Insuficiência Cardíaca? Resultados preliminares do estudo ROAD-HF
- CO0312 Bem Cuidar no Fim de Vida - projeto de melhoria de cuidados em últimas horas a dias de vida
- CO0376 Tratamento endovascular no tromboembolismo pulmonar do doente idoso
- CO0411 Profilaxia do Tromboembolismo Venoso - Análise num serviço de Medicina Interna
- CO0412 Validação de boas práticas no cuidado em morte iminente em Medicina Interna: estudo Delphi
- CO0413 Comparação de dois casos de síndrome de Evans em idosos com evolução refratária
- CO0416 O CUIDADO AO DOENTE MORTE IMINENTE NAS ENFERMIARIAS DE MEDICINA INTERNA EM PORTUGAL: ONE DAY SURVEY
- CO0422 Prognostic Value of TyG Index in Acute Coronary Syndrome: A Risk Stratification Tool?
- CO0423 DIFICULDADES E OPORTUNIDADES DA MEDICINA INTERNA NA GESTÃO DA SITUAÇÃO DE MORTE IMINENTE:Focus Group
- CO0450 Via Verde de Sepsis Pré-hospitalar: comparação dos alertas aceites e recusados pelos meios médicos.
- CO0459 Impacto do acompanhamento de doentes com Insuficiência Cardíaca em Cuidados Paliativos
- CO0466 Auditoria à Prescrição de Oxigenoterapia num Serviço de Medicina Interna
- CO0482 Prevalência e impacto prognóstico das Síndromes Geriátricas - estudo transversal e unicêntrico
- CO0508 Recorrência de Carcinoma Hepatocelular Após Transplante Hepático: Coorte Portuguesa
- CO0570 Asma na consulta de Doenças Respiratórias: caracterização e impacto dos antidiabéticos
- CO0571 Hemophagocytic Syndrome in an Internal Medicine ward – an underdiagnosed entity?
- CO0580 Influenza, COVID19 and pneumococcal vaccine status in hospitalised patients: a cross-sectional study
- CO0592 Análise comparativa da mortalidade e risco cardiovascular em doentes com DRC e IC
- CO0691 Lesão renal aguda na malária grave
- CO0724 Uma parceria mutuamente vantajosa - casuística de doentes ortopédicos internados em UHD
- CO0742 O Papel de Equipas Multidisciplinares na Abordagem do Doente Complexo
- CO0757 Reinventando Paradigmas: Nova Escala de Avaliação de Risco de Exacerbações em Insuficiência Cardíaca
- CO0762 Doença Cardiovascular e Fatores de Risco: Avaliação do Controlo em Doentes Internados
- CO0773 MASLD e Diabetes Tipo 2: Uma associação subdiagnosticada e a utilidade do FIB-4
- CO0782 Utilidade do bicarbonato de sódio em doentes com acidémia metabólica
- CO0794 O fibrinogénio aumenta a rigidez arterial nos indivíduos hipertensos
- CO0799 O polimorfismo AGTR1 está associado ao aparecimento de Hipertensão na população diabética
- CO0820 Rastreo de Lipoproteína(a) em doentes com Síndrome Coronário Agudo
- CO0914 Quebrando Expectativas: Um Caso Raro e Agressivo de Mieloma Múltiplo
- CO0945 Comparison of Risk Profiles and Outcomes in STEMI vs NSTEMI Patients: A Retrospective Analysis
- CO0964 Adherence to Guideline - Recommended Treatment in Acute Coronary Syndrome: A Real-World Analysis

- CO0999 A importância do polimorfismo genético ATP2B1 no desenvolvimento da Obesidade
- CO1062 Cateter peritoneal de longa duração em contexto paliativo: estudo unicêntrico retrospectivo
- CO1088 Riscos de Gastropatias nos estudantes de Medicina da Universidade Privada de Angola
- CO1219 Patologia oncológica na enfermaria de Medicina Interna: Análise retrospectiva de 2024
- CO1233 Bacteriemia por espécies de Aeromonas: um estudo retrospectivo num centro hospitalar terciário
- CO1242 Utilização de recursos de saúde no último ano por parte de uma população de doentes internados
- CO1244 Rastreios populacionais oncológicos em doentes internados no serviço de medicina interna
- CO1306 Diabetes Gestacional em Grávidas Estrangeiras: estudo de casos seguidos numa maternidade portuguesa
- CO1388 Impacto do risco nutricional e o benefício da nutrição clínica numa enfermaria de Medicina Interna
- CO1414 “Oral is the new IV” – Transição de antibioterapia endovenosa para oral
- CO1416 “First do no harm... to the kidney” – Lesão renal nos primeiros dias de internamento
- CO1436 DIAGNÓSTICO CÉLERE DE NEOPLASIAS EM UNIDADE DE AMBULATÓRIO DE MEDICINA INTERNA
- CO1456 Derrames pericárdicos num Serviço de Medicina
- CO1523 Doseamento de CA-125 na consulta de Insuficiência Cardíaca - um novo marcador?
- CO1527 Impacto de uma consulta diferenciada em hipertensão arterial e risco vascular num hospital português
- CO1544 Adesão à Profilaxia do Tromboembolismo Venoso num Hospital Central: Entre as Diretrizes e a Prática
- CO1557 Prevalência e Profilaxia da Hemorragia Digestiva numa Enfermaria de Medicina Interna
- CO1578 Infecção Urinária Associada ao Cateter Vesical num Serviço de Medicina Interna - estudo retrospectivo
- CO1579 Análise da mortalidade após tratamento da Hepatite C. Experiência de um Centro de Tratamento.
- CO1583 New potassium-binding agents in heart failure, real world data from a reference centre
- CO1604 Programa de Literacia em Medicina Geriátrica para idosos – Ciclo de Sessões “Envelhecer Bem”
- CO1621 Infecção por Vírus sincicial respiratório: casuística num hospital terciário
- CO1650 Tratamento da Hepatite C crónica em doentes com fibrose hepática- 5 anos de vigilância clínica
- CO1823 Ler o futuro com MEWS – um guia que deteta a deterioração clínica.
- CO1866 Vantagens na Gestão de uma Unidade de Orto geriatria: eficiência e qualidade no cuidado ao idoso

Análise qualitativa do registo médico da urgência do doente com demência em últimos dias de vida

Sara Vieira Silva¹; Bárbara Antunes²; Carla Teixeira³

¹ CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO SANTO ANTÓNIO

² DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA E CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, UNIVERSIDADE DE CAMBRIDGE, CAMBRIDGE, REINO UNIDO

³ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÓNIO

Tema: Cuidados paliativos/ Hospitalização Domiciliária

Introdução

A abordagem do doente em situação de últimas horas a dias de vida no Serviço de Urgência (SU) é desafiante. A definição dos objectivos de tratamento do doente com demência em fase avançada é complexa. A qualidade do registo médico no SU pode ser relevante para o melhor cuidado do doente com demência em situação de últimas horas a dias de vida.

Objectivo

Explorar a identificação da situação de últimas horas a dias de vida no registo médico do SU dos doentes com demência.

Material e métodos

Análise temática reflexiva retrospectiva do registo médico do SU referente aos doentes com demência que recorreram ao SU nos seus últimos 7 dias de vida. Recolha realizada num serviço de urgência polivalente de um hospital terciário universitário português, Foram incluídos todos os registos médicos dos doentes com demência nos seus últimos 7 dias de vida, que recorreram ao SU no ano de 2021.

Resultados

Mais de 1/4 dos registos médicos não fizeram referência à identificação da situação de últimas horas a dias de vida e apenas em 2 registos médicos estava explícita esta designação. A análise da informação contida nos registos médicos identificou três temas principais: I) diagnóstico e prognóstico da situação de últimas horas a dias de vida; II) definição de objectivos de tratamento, tomada de decisão médica e comunicação da situação de últimas horas a dias de vida e III) avaliação de necessidades e conforto dos doentes com demência em situação de últimas horas a dias de vida.

Conclusões

A identificação da situação de últimas horas a dias de vida do doente com demência no registo médico do SU é limitada. A qualidade deste registo sobre os aspectos de comunicação e tomada de decisão partilhada parece ser reduzida.

O Fibrinogénio é fator de risco cardiovascular numa população Portuguesa

Alexandra S. Rodrigues¹; Ana Célia Sousa²; João Gouveia¹; Patrícia Nunes¹; Sara Gomes¹; Sofia Almada¹; Débora Sá²; Gonçalo Abreu²; Mariana Rodrigues²; Sónia Freitas²; Eva Henriques²; Sofia Borges²; Maria João Oliveira²; Maria Isabel Mendonça²; Roberto Palma Dos Reis³

¹ CENTRO DE INVESTIGAÇÃO DR.ª MARIA ISABEL MENDONÇA, SESARAM EPERAM; SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, SESARAM EPERAM

² CENTRO DE INVESTIGAÇÃO DR.ª MARIA ISABEL MENDONÇA, SESARAM EPERAM

³ FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE LISBOA/NOVA MEDICAL SCHOOL

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

Vários estudos epidemiológicos demonstraram que um aumento nos níveis séricos de fibrinogénio está associado a um maior risco de doença cardiovascular (DCV). No entanto, o valor *do cut-off* do fibrinogénio para o aumento do risco de DCV ainda não está bem estabelecido.

Objetivo:

Pretende-se avaliar se o fibrinogénio é um fator de risco DCV e estabelecer o valor a partir do qual representa aumento do risco de DCV, numa população Portuguesa.

Métodos:

Foi feito um estudo com 1390 indivíduos (74% do sexo masculino, idade média de 52,2±8,3 anos), sem DCV diagnosticada à entrada no estudo, que foram seguidos durante 7,2±5,2 anos. Estudámos a ocorrência de DCV (enfarte agudo do miocárdio, doença coronária, acidente vascular cerebral, acidente vascular cerebral transitório e doença arterial periférica). Foram avaliadas variáveis demográficas e bioquímicas (exemplo fibrinogénio) e fatores de risco clássicos para DCV (diabetes, hipertensão, dislipidemia, obesidade, tabagismo e sedentarismo). Foi feito um estudo caso-controlo que comparou o grupo que teve DCV durante o seguimento (n=61), com os que não tiveram (controles n=1329), em relação aos níveis de fibrinogénio. Fizemos uma curva ROC e calculámos o *cut-off* do fibrinogénio, para encontrar o ponto ótimo de especificidade e sensibilidade em relação a ter DCV. Posteriormente, foi realizada uma análise multivariada com o fibrinogénio, ajustada aos fatores de risco de DCV tradicionais.

Resultados:

Foram obtidas diferenças significativas entre os grupos, com DCV e controles em relação aos níveis séricos de fibrinogénio (p=0,035). O ponto *cut-off* para o fibrinogénio em relação a ter DCV foi de 416 mg/dL. Após análise de regressão multivariada, ajustada para fatores de risco de DCV, as variáveis que permaneceram na equação foram: o fibrinogénio (OR=2,137; p=0,005), o tabagismo (OR=2,913; p<0,0001) e a hipertensão arterial (OR=1,908; p=0,020), que se associam de forma significativa e independente à DCV.

Conclusões:

Com o presente trabalho, comprovámos que na nossa população, o fibrinogénio é um preditor de risco de DCV e estabelecemos o valor acima do qual é risco de eventos CV (416 mg/dL). A determinação do valor de fibrinogénio ótimo, com maior especificidade e sensibilidade em relação ao risco de DCV, pode contribuir para estabelecer no futuro um parâmetro de risco que pode ser usado na prática clínica para estimar o risco de DCV.

O gene ZC3HC1 aumenta risco de Hipertensão Arterial. O tabagismo camufla a influência genética?

Carolina Olim¹; Maria Isabel Mendonça²; Débora Sá²; Francisco Sousa²; Gonçalo Abreu²; Matilde Ferreira²; João Loja¹; Mónica Jardim¹; Eva Henriques²; Sónia Freitas²; Mariana Rodrigues²; Sofia Borges²; Graça Guerra²; Ana Célia Sousa²; Roberto Palma Dos Reis³

¹ CENTRO DE INVESTIGAÇÃO DR.ª MARIA ISABEL MENDONÇA, SESARAM EPERAM; SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, SESARAM EPERAM

² CENTRO DE INVESTIGAÇÃO DR.ª MARIA ISABEL MENDONÇA, SESARAM EPERAM

³ FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE LISBOA/NOVA MEDICAL SCHOOL

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

A Hipertensão Arterial (HTA) é um distúrbio multifatorial resultante de fatores ambientais e genéticos e um fator de risco de doença cardiovascular. Uma variante genética rs11556924 no gene ZC3HC1, resultando numa substituição de arginina por histidina na posição 363 da proteína NIPA, tem sido associada à doença arterial coronária (DAC). No entanto, a sua relação com a HTA continua pouco clara.

Objetivo

Investigar se a variante ZC3HC1 rs11556924 C>T está associada à Hipertensão Arterial numa população Portuguesa sem DAC aparente.

Métodos

Com uma população portuguesa de 1421 participantes sem DAC aparente, foi feito um estudo prospetivo com seguimento dos participantes durante um período prolongado (média 7,0±5,7 anos). Feito um estudo caso-controlo consoante tinham ou não HTA. Avaliámos fatores de risco demográficos, bioquímicos, de doença cardiovascular (DCV) em ambos os grupos. O ZC3HC1 rs11556924 C>T foi genotipado por PCR em tempo real (TaqMan). A distribuição de frequências alélica e genotípica foi estimada, e o equilíbrio de Hardy-Weinberg foi testado. Os dados foram apresentados sob a forma de números absolutos, médias e desvios-padrão (DP). O teste t de Student comparou variáveis numéricas e o qui-quadrado fez a análise categórica. Foi realizada uma regressão logística multivariada ajustada aos fatores de confusão. Uma sub-análise idêntica foi feita para a população não fumadora (n=1127). A significância estatística foi definida como P <0,05, e todas as análises foram realizadas utilizando o *software* estatístico SPSS vs 25,0.

Resultados

A população mostrou estar em equilíbrio de Hardy-Weinberg tanto no grupo com HTA (p=0,438) como sem HTA (p=0,768). Na população geral, as frequências dos genótipos CC, TC e TT foram, respetivamente, 38,4%, 48,2% e 13,4% no grupo HTA e 43,9%, 45,1% e 11,0% no grupo sem HTA (p=0,074). Na análise bivariada, o modelo dominante (TT+TC vs CC) apresentou um OR=1,255; p=0,031 e o modelo recessivo (TT vs TC+CC) apresentou um OR=1,249; p=0,162. O modelo dominante também conferiu risco de HTA na população não fumadora, com significância estatística (p=0,016). Nesta população, após regressão logística multivariada ajustada para todas as outras co-variáveis, o ZC3HC1 também permaneceu na equação, com um OR=1,376 (IC95%: 1,047-1,809; p=0,022).

Conclusão

O ZC3HC1 rs11556924 demonstrou ser um fator de risco para Hipertensão Arterial. No entanto, esta variante pode não ser independentemente significativa na população em geral. Na população não fumadora, esta variante aumenta o risco de HTA, seja em modelo bivariado ou multivariado. O tabagismo, através de danos vasculares ou vias de inflamação, pode atuar como um modificador da HTA na população em geral. A remoção de fumadores pode reduzir o ruído, desmascarando a relação entre esta variante e a hipertensão.

Reduced levels of leptin associate with reduced bone mineral density in cystic fibrosis patients

Ana Cordeiro Gomes¹; Dina Cosme²; Bruno Cavadas²; Luciana Oliveira¹; Rita Boaventura¹; Leonor Almeida¹; Maria Salomé Gomes¹; Maria Adelina Amorim¹

¹ CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO, EPE

² I3S UNIVERSIDADE DO PORTO

Tema: Doenças raras

Introduction

The triggers and risk factors of Cystic Fibrosis (CF) Bone Disease (CFBD) are still not well understood. This CF-related complication has devastating consequences for the patient's quality of life and longevity. The introduction of CFTR modulators in the clinics has shed hope for correcting lung disease. However, the causes of CFBD and the impact of CFTR modulators on bone health remain poorly studied. A plausible trigger for bone mass dysregulation in CF is the chronic inflammatory status.

Aims

To determine novel biomarkers to monitor bone mass in CF patients, we established a transversal observational study at a single CF care center consisting of 28 adult individuals with CF. Initially, we stratified the patients according to their latest DEXA result and measured several bone turnover markers and inflammatory mediators in the plasma.

Results

Of note, only leptin levels differ between CF patients with low (Z score less or equal to -1) and normal bone mineral density (BMD). Of note, treatment with elexacaftor / tezacaftor / ivacaftor increased circulating leptin levels in CF patients with normal BMD but not in those with low BMD. Leptin levels are strong and significantly correlated with the bone mineral density in the lumbar spine and femoral neck of patients with low mineral density. Additionally, the latter group of patients exhibited reduced levels of FEV₁ and increased levels of TNF- α in circulation. Transcriptomic analysis of peripheral blood mononuclear cells followed by pathway enrichment analysis indicated an upregulation of TNF- α signalling via NF- κ B and a downregulation of Myc targets and mTORC1 signalling in CF patients with low BMD compared to those with a normal BMD.

Conclusions

Overall, our results suggest that circulating leptin levels are a potential biomarker of bone loss in CF patients. This study lays the ground for future investigations on the mechanisms that modulate the impact of leptin on bone metabolism.

Founding: KOG-202108-00929, from the European Hematology Association and 003055G22, from the Cystic Fibrosis Foundation (USA).

Fibrilhação Auricular em Idosos =80 Anos: Entre a Hemorragia e a Trombose – Um Estudo Retrospectivo

Isabel V. Rodrigues; Diana Briosa Reis; Paula Nogueira; Claudia Fitas; Teresa Abegão Martins; Ana Pimenta de Castro; Catarina Hilário Mendonça

HOSPITAL DE FARO

Tema: Medicina geriátrica

Introdução

A fibrilhação auricular (FA) não valvular é a arritmia mais prevalente em idosos, tornando essencial a otimização do seu tratamento e a avaliação das suas potenciais complicações. Os anticoagulantes orais não antagonistas da vitamina K (NOACs) são recomendados independentemente da idade, embora alguns fatores possam condicionar a sua utilização. No entanto, a idade isoladamente não deve ser considerada uma limitação ao uso destes fármacos.

Objetivo

Caracterizar clinicamente doentes com idade ≥ 80 anos com diagnóstico de FA, a terapêutica instituída e a relação entre anticoagulação, complicações hemorrágicas e eventos trombóticos.

Material e Métodos

Estudo retrospectivo de doentes internados num serviço de Medicina Interna entre 01/01/2024 e 31/03/2024, com FA permanente ou paroxística, conhecida ou diagnosticada durante o internamento. Foi analisada a indicação para anticoagulação com base na escala CHA₂DS₂-VASc (≥ 2 em homens, ≥ 3 em mulheres), a adesão à terapêutica, o anticoagulante prescrito e a ocorrência de complicações hemorrágicas espontâneas ou traumáticas, bem como de acidente vascular cerebral isquémico (AVC).

Resultados

Foram analisados 337 internamentos, sendo 43% mulheres e 57% homens. A FA era permanente em 90,2% e paroxística em 9,8%; conhecida previamente em 78,9% dos casos, dos quais 98,9% tinham indicação para anticoagulação. O diagnóstico foi inaugural em 21,1% dos casos. A adesão terapêutica global foi de 64,1%, com os seguintes anticoagulantes prescritos: rivaroxabano (8,9%), edoxabano (22,6%), apixabano (26,7%), varfarina (5,3%) e dabigatrano (3%).

Complicações hemorrágicas ocorreram em 5,9% dos doentes, sendo 80% destes sob anticoagulação (43,8% com apixabano). A hemorragia espontânea foi mais frequente que a associada a trauma (1,2%). O AVC hemorrágico foi a complicação mais comum (1,5%). Já o AVC isquémico motivou 12,5% dos internamentos, dos quais 49,2% ocorreram em doentes com FA inaugural, 33,3% em FA conhecida sob anticoagulação (19% dos quais em edoxabano) e 23,8% em FA conhecida sem adesão terapêutica.

Conclusão

A FA apresenta elevada prevalência em idosos e é frequentemente diagnosticada após um evento trombótico. A adesão à anticoagulação é crucial na prevenção de complicações isquémicas, sendo as complicações hemorrágicas pouco frequentes. O receio de hemorragia não deve impedir a prescrição de anticoagulantes quando há benefício comprovado. A hemorragia traumática foi rara, e a adesão terapêutica não variou significativamente entre os diferentes fármacos, e as complicações foram mais frequentes em relação com os fármacos mais prescritos.

Antibioterapia em Cuidados Paliativos - Reflexões para a Prática Clínica

Ana da Mota Magalhães¹; Fábio Almeida²; Rui Silva²

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

² INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA COIMBRA

Tema: Cuidados paliativos/ Hospitalização Domiciliária

Introdução

Os doentes com neoplasias são mais propensos a infeções devido à imunossupressão induzida pelos tratamentos antineoplásicos, disfunções das barreiras e utilização de medicamentos imunomoduladores. Não existem *guidelines* ou orientações consensuais que descrevam a sua utilização neste contexto clínico específico e, consequentemente, o uso de antibióticos varia muito entre as diferentes unidades hospitalares. Uma revisão sistemática revelou que entre 4% a 84% dos doentes com necessidades paliativas são medicados com antibióticos. No entanto, a literatura não demonstra uma associação clara entre a utilização de antibióticos e a sobrevivência dos doentes com necessidades paliativas. O custo da utilização de antibióticos durante a hospitalização é muito elevado, devendo também ser considerado o risco de desenvolvimento de agentes patogénicos resistentes. Em cuidados paliativos devem ser ponderados os potenciais benefícios dos antibióticos no alívio dos sintomas e, quando proporcionado, no prolongamento da vida.

Objetivos

Este estudo procura analisar a prescrição de antibióticos em doente internados numa Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) durante o ano de 2023. Foi realizada a caracterização demográfica e clínica da população, analisado o tempo de internamento, com e sem infeção, avaliada a eficácia da antibioterapia na resolução de sintomas de doença aguda.

Métodos

Estudo retrospectivo observacional que analisou os internamentos no ano de 2023 numa UCP. Recolha de dados através dos registos realizados nos processos clínicos dos utentes.

Resultados

A amostra foi composta por 361 doentes (58,4% do sexo masculino) com uma idade média de 70,2±12,2 anos. A maioria dos utentes eram proveniente da consulta externa (59,3%), residindo, praticamente na sua totalidade, no domicílio. Em média pontuavam 40% na escala de avaliação de desempenho do doente em cuidados paliativos e 3 na *Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status*. As neoplasias mais prevalentes foram as do trato gastrointestinal e hepatobiliopancreáticas. 76,4% apresentavam doença metastizada, a maioria ganglionar, pulmonar e hepática. 30,2% dos doentes apresentaram infeção adquirida na comunidade e 23,3% infeção nosocomial. 74,2% dos doentes apresentavam infeções prévias. O status funcional destes doentes era idêntico. Em 91,7% dos doentes com infeção foi instituída antibioterapia, sendo 79,1% dos casos de forma empírica. Em média, o tratamento durou 7 dias, tendo sido realizada escalada de antibiótico em 57,5% dos casos. Existe uma ligeira tendência para a diminuição da percentagem de doentes sob antibioterapia nas fases de fim de vida (de acordo com o performance status). Contudo, este valor mantém-se elevado, aproximando-se dos 90%. A mortalidade parece ser sobreponível em doentes com infeções adquiridas na comunidade e nosocomiais. Também a antibioterapia dirigida parece ter uma mortalidade sobreponível à empírica. 63,2% dos doentes com infeção não obtiveram resolução dos seus sintomas. A maioria dos doentes (88,2%) não apresenta efeitos adversos.

Conclusão

Nos dias de hoje ocorre um uso generalizado de antibioterapia. Os dados apresentados não demonstraram benefício claro na instituição da antibioterapia em doentes internados na UCP. Para o futuro deveremos procurar ferramentas que nos ajudem a otimizar a prescrição de antibióticos em doentes com necessidades paliativas e deverão existir mais estudos e orientações clínicas sobre esta temática.

Farmacovigilância em Medicina Interna: conhecimento e prática na notificação de suspeita de RAM

Filipe J. Pencas Alfaiate¹; Margarida Perdigão²; Ana Margarida Advinha²; Manuel José Lopes³; Maria Tereza Henriques Ribeiro Veloso Cancela Torres¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALENTEJO CENTRAL

² UNIDADE DE FARMACOVIGILÂNCIA DO CENTRO E NORTE ALENTEJANO, UNIVERSIDADE DE ÉVORA; 2 COMPREHENSIVE HEALTH RESEARCH CENTRE, UNIVERSIDADE DE ÉVORA

³ UNIDADE DE FARMACOVIGILÂNCIA DO CENTRO E NORTE ALENTEJANO, UNIVERSIDADE DE ÉVORA; 2 COMPREHENSIVE HEALTH RESEARCH CENTRE, UNIVERSIDADE DE ÉVORA; ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Tema: Organização, gestão e qualidade de serviços de saúde

Introdução

As reações adversas a medicamentos (RAM) afetam anualmente, pelo menos, 10% dos doentes internados, e estão entre as principais causas de mortalidade na Europa. No entanto, estima-se que 94% das RAM não sejam notificadas, comprometendo a segurança do doente e a monitorização da segurança dos medicamentos.

Objetivo

Avaliar o conhecimento e a prática médica no processo de notificações de suspeita de RAM, em médicos de um serviço de Medicina Interna de uma unidade local de saúde (ULS).

Material e Métodos

Estudo observacional transversal, tendo sido aplicado um questionário anónimo, a médicos do Serviço de Medicina Interna de uma ULS, via Google Forms com recolha de dados sobre o conhecimento, atitudes e prática médica em relação à notificação de suspeita RAM. O questionário incluiu respostas fechadas (sim/não), respostas abertas e classificação segundo escala de Likert. Posteriormente, realizou-se uma formação sobre Farmacovigilância, abordando conceitos teóricos, com exemplos práticos.

Resultados

Participaram 17 médicos (sexo feminino, n=12; sexo masculino, n=5). Salientam-se os seguintes resultados:

- 88,2% (n=15) não tinham experiência prévia em farmacovigilância;
- 58,8% (n=10) afirmaram conhecer o processo de notificação espontânea de suspeitas de RAM;
- 53% (n=9) consideravam que todas as suspeitas de RAM identificadas deveriam ser notificadas, enquanto 35,3% (n=6) notificariam apenas as graves;
- A importância da notificação para a segurança do doente foi avaliada em 4,82/5;
- A confiança na capacidade de identificar e notificar RAM foi de 3,06/5;
- Nos últimos seis meses, 76,5% (n=13) não notificaram nenhuma suspeita de RAM;
- As principais barreiras identificadas foram a falta de tempo, o desconhecimento dos procedimentos e a incerteza sobre a causalidade.

Conclusões

Este estudo revela um défice de conhecimentos e experiência em farmacovigilância, refletido na baixa taxa de notificação de suspeitas de RAM. Apesar do reconhecimento da importância da notificação, a falta de tempo e o desconhecimento dos processos surgem como principais obstáculos. Devem ser implementadas estratégias educacionais e institucionais para promover uma cultura de farmacovigilância e incentivar a notificação espontânea. A formação realizada pode contribuir para melhorias, sendo necessário avaliar o seu impacto a longo prazo. Como limitação, destaca-se o reduzido tamanho da amostra, que pode limitar a generalização dos resultados. Além disso, o uso de um questionário pode estar sujeito a viés de informação e desejabilidade social, uma vez que as perceções e práticas médicas podem não refletir integralmente a realidade da notificação espontânea de suspeita de RAM. Estudos futuros com amostras maiores e métodos complementares poderão aprofundar estes resultados e avaliar estratégias eficazes para aumentar a notificação espontânea de suspeita de RAM.

O fibrinogénio associa-se ao aumento do risco de doença cerebrovascular numa população Portuguesa

Cátia A. Martins¹; Ana Célia Sousa²; Patrícia Nunes¹; João Gouveia¹; Sofia Almada³; Mónica Jardim¹; Sara Gomes¹; Eduarda Moniz¹; Sofia Borges²; Maria João Oliveira²; Sónia Freitas²; Mariana Rodrigues²; Eva Henriques²; Maria Isabel Mendonça²; Roberto Palma Dos Reis⁴

¹ CENTRO DE INVESTIGAÇÃO DR.ª MARIA ISABEL MENDONÇA, SESARAM EPERAM; SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, SESARAM EPERAM

² CENTRO DE INVESTIGAÇÃO DR.ª MARIA ISABEL MENDONÇA, SESARAM EPERAM

³ CENTRO DE INVESTIGAÇÃO DR.ª MARIA ISABEL MENDONÇA, SESARAM EPERAM; SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, SESARAM EPERAM

⁴ FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE LISBOA/NOVA MEDICAL SCHOOL

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

Vários estudos relatam que os marcadores de inflamação sistémica, como o fibrinogénio, estão envolvidos na aterosclerose e na disfunção endotelial e associados à doença cardiovascular. No entanto, o papel desses marcadores inflamatórios na fisiopatologia da doença cerebrovascular (DCV) ainda pouco compreendido.

Objetivo

Com o presente trabalho, pretendemos avaliar se um marcador de inflamação fibrinogénio, é preditor de doença cerebrovascular.

Material e Métodos

Foram estudados 1390 indivíduos (74% do sexo masculino, com idade média de $52,2 \pm 8,3$ anos), que à entrada no estudo não tinham doença cerebrovascular diagnosticada. Foram seguidos durante um longo período de aproximadamente $7,2 \pm 5,2$ anos. Avaliámos, nesta população, fatores demográficos, bioquímicos (como o fibrinogénio), assim como fatores de risco de DCV (diabetes, hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, tabagismo, sedentarismo). Estudámos, nesta população, os indivíduos que durante o período de seguimento, tiveram doença cerebrovascular isquémica, nomeadamente acidente vascular cerebral (AVC) ou acidente vascular cerebral transitório (AIT). Fizemos um estudo caso-controlo, comparando o grupo que teve AVC/AIT ($n=33$) com o que não teve (controles $n=1357$), em relação aos níveis séricos do fibrinogénio. Posteriormente, foi feita uma curva ROC e o ponto *cut-off* para o fibrinogénio foi calculado em relação a ter AVC/AIT. Uma análise multivariada de Cox com *hazard ratios* (HR) foi efectuada com o fibrinogénio, ajustada para outros fatores de risco tradicionais de AVC/AIT. Por fim, foi realizada uma curva de sobrevivência de Kaplan-Meier para o fibrinogénio.

Resultados

O grupo com AVC/AIT tinha valores séricos mais elevados de fibrinogénio em relação ao grupo controlo e com significância estatística ($p=0,035$). O ponto *cut-off* do fibrinogénio para risco de AVC/AIT foi de 369 mg/dL. Após análise de Cox, ajustada para os fatores de risco tradicionais de AVC/AIT, o fibrinogénio permaneceu na equação, assim como o tabagismo, associando-se de forma significativa e independente ao AVC/AIT (OR= 2,513, IC95% 1,164-5,428; $p=0,019$ e OR= 3,039, IC95% 1,533-6,026; $p=0,001$, respectivamente). A curva de Kaplan-Meier demonstrou que, durante o período de seguimento ($7,2 \pm 5,2$ anos) os indivíduos com valores mais elevados de fibrinogénio têm maior probabilidade de ocorrência de AVC/AIT ($p=0,016$).

Conclusões

De acordo com os resultados obtidos, salienta-se que os valores séricos do biomarcador inflamatório fibrinogénio são preditores de risco de AVC/AIT. Dada a importância destes marcadores no envolvimento da aterosclerose e na disfunção endotelial, o seu conhecimento, ajudar-nos-á no futuro a encontrar novas medidas na abordagem terapêutica.

Validação de inquérito de qualidade de vida em doentes com CBP e correlação clínico-laboratorial

Filipe Nery; Cristina Rosário

CLÍNICA DO FÍGADO

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

A qualidade de vida (QV) dos doentes com colangite biliar primária (CBP) pode ser avaliada por meio de inquéritos (IQV), nomeadamente o CBP-40. Este questionário não foi, ainda, validado para a população portuguesa, e a relação entre a QV e parâmetros bioquímicos ou clínicos nunca foi explorada. Os autores adaptaram a validação de tradução do IQV CBP-40 conforme os critérios da OMS, e aplicaram-no a 20 doentes com CBP. A QV foi classificada como “boa”, “moderada” ou “má” e correlacionada com parâmetros analíticos e clínicos. A análise estatística foi realizada com recurso ao software IBM SPSS Statistics 30.0, considerando um nível de significância de 0,05.

O IQV CBP-40 foi aplicado a 20 mulheres com CBP, com média de 56 anos à data de avaliação. Nenhuma tinha cirrose, e apenas duas com fibrose avançada (F3). O tempo médio de seguimento foi de 3,7 anos. A perda de densidade mineral óssea (55%), a síndrome seca (25%), as artralguas (20%) e esclerodermia (15%) foram as principais comorbilidades. Todas as doentes estavam sob terapêutica com ácido ursodesoxicólico, na dose média de 14,7 mg/dL, 11 doentes (55%) bezafibrato, 1 doente (5%) ácido obeticólico, 2 doentes (10%) azatioprina, e 9 (45%) com antidepressivo. A pontuação média do IQV CBP-40 foi de 82,8 pontos, classificando a QV como “má” na maioria dos casos, em 13 doentes (65%), “moderada” em 6 (30%) e “boa” em 1 (5%) doente. Dos 7 parâmetros avaliados, o “prurido” teve o menor impacto, enquanto os componentes “emocional” e “fadiga” foram os mais determinantes para a pior qualidade de vida.

Com exceção da GGT, nenhum outro parâmetro se correlacionou com a QV (Tabela 1). Das 9 doentes sob terapêutica antidepressiva, 5 (55,6%) reportavam má QV, resultado semelhante obtido em 8 de 11 doentes (72,7%) que não a faziam (sem significância estatística). A “má” QV foi reportada em 8 (88,9%) das 9 doentes não medicadas com bezafibrato, e em 5 (45,5%) das 11 doentes sob esta terapêutica (χ^2 , $p=0,122$; Correlação de Pearson, $p=0,048$; Correlação de Spearman= $0,042$).

QV.	FA (U/L)	GGT (U/L)	TGO (U/L)	TGP (U/L)	BT (mg/dL)	VS (mm/1 ^a h)	PCR (mg/dL)	IgM (mg/dL)
Boa	78	16	32	13	0.61	-	-	211
Moderada.	92.3*	49**	25.7	23.3	0.48	20	0.82	226.6
Má	153.3*	118.5**	64.2	59.9	0.54	25.9	1.22	269.3
Total.	131.3	92.6	51	46.6	0.53	24.2	1.15	254.2

Tabela 1. Valores médios dos parâmetros bioquímicos, considerando os grupos de QV “boa”, “moderada” e “má”.

* $p=0,051$; ** $p=0,033$

A avaliação da QV é complexa e influenciada por múltiplos fatores. Este estudo é pioneiro ao aplicar um IQV em doentes com CBP em Portugal, validando-o e correlacionando parâmetros bioquímicos e clínicos com a QV. Doentes com pior QV apresentam níveis mais altos de GGT e, em tendência, de FA. Além disso, a ausência de tratamento com bezafibrato correlaciona-se com um índice de QV inferior, independentemente do grau de prurido. Estes achados podem fundamentar futuras pesquisas e estratégias de abordagem, destacando a importância das avaliações de QV nas consultas para ajustes terapêuticos e melhor prognóstico.

Galectina 3 - Biomarcador de risco na Insuficiência Cardíaca? Dados preliminares do estudo ROAD-HF

Mário Barbosa; Ana Melício; Rute Ginete; João Caldeira; Ana Matias; Mafalda Santos; Laura Aguiar; João Madeira Lopes; Joana Ferreira; Ângela Inácio; Manuel Bicho; Luiz Menezes Falcão

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

Apesar dos avanços clínicos e de uma mais eficiente abordagem diagnóstica e terapêutica, as taxas de reinternamento e de mortalidade precoces por insuficiência cardíaca (IC) mantêm-se elevadas, particularmente nos 90 dias após a alta.

A premência de dispor de biomarcadores de risco numa fase precoce da IC, de modo a dirimir a sua evolução, estimulou o estudo de distintas vias fisiopatológicas, nomeadamente as relacionadas com a fibrose miocárdica.

Apesar da evidência científica apontar a galectina 3 (Gal-3) como preditor de mortalidade na IC subsiste controvérsia quanto ao risco de reinternamento.

Objetivo

O estudo “The **R**ole **O**f Myocardial Fibrosis **A**nd Bioenergetic **D**ysfunction In **H**eart **F**ailure Prognosis” (ROAD-HF) visa estratificar o prognóstico a curto prazo dos doentes internados por IC descompensada em classe III ou IV da NYHA com base em biomarcadores de fibrose miocárdica e de disfunção bioenergética.

O prognóstico foi avaliado através da readmissão por IC e mortalidade global precoces (até 90 dias após a alta) e pela readmissão por IC e mortalidade global anuais.

Apresentamos uma análise preliminar, descrevendo os resultados obtidos do doseamento de Gal-3 em 162 doentes.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo de coorte prospetivo observacional, unicêntrico, com dois braços [fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) > 40% e ≤ 40%].

A Gal-3 foi doseada através de kits ELISA R&D Systems, Abingdon, USA.

Com base no valor mediano de Gal-3 da população geral, concentrações de Gal-3 superiores a 18 ng/mL corresponderam ao grupo considerado com valores mais elevados.

Foi efetuada uma análise de sobrevivência para cada um dos objetivos utilizando curvas de Kaplan Meier.

As diferenças entre grupos foram avaliadas pelo teste log-rank.

A significância estatística foi definida como valor de $p < 0,05$.

Efetuuou-se análise multivariada para minimizar potenciais vieses.

Resultados

Efetuuou-se seguimento de um ano.

Foram acompanhados 162 doentes com uma média de idades de 80,3 ($\pm 11,4$) anos, 51,9 % mulheres e 44,4 % apresentaram FEVE reduzida.

Do total dos doentes, 19,1 % tiveram reinternamento precoce, 31,1 % reinternamento anual, 12,3 % mortalidade precoce e 25,2 % mortalidade anual.

Na população geral com IC, a Gal-3 associou-se com o risco de reinternamento anual ($p=0,044$).

Nos doentes com IC com FEVE reduzida, a Gal-3 associou-se com o risco de mortalidade global anual ($p=0,011$).

Conclusão

Valores elevados de Gal-3 traduziram um risco acrescido de reinternamento anual na população geral.

No subgrupo de doentes com FEVE reduzida, concentrações elevadas de Gal-3 implicaram maior risco de mortalidade global anual.

Estes resultados corroboram a literatura quanto à possibilidade da Gal-3 ser doseada como preditor de mortalidade nos doentes com FEVE reduzida, e apontam na sua potencial utilidade como marcador de reinternamento.

Será o ST2 útil no prognóstico da Insuficiência Cardíaca? Resultados preliminares do estudo ROAD-HF

Mário Barbosa; Ana Melício; Rute Ginete; João Caldeira; Ana Matias; Mafalda Santos; Laura Aguiar; João Madeira Lopes; Joana Ferreira; Ângela Inácio; Manuel Bicho; Luiz Menezes Falcão

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

Não obstante os avanços clínicos e uma abordagem consentânea com as directrizes vigentes, o prognóstico a curto prazo da insuficiência cardíaca (IC) continua mau, nomeadamente nos primeiros 90 dias após a alta.

A remodelagem, a fibrose e a hipertrofia do miocárdio promovem a síntese de ST2 (*suppression of tumorigenicity 2*), parecendo ter um papel cardioprotetor ao suprimir o mecanismo nocente da fibrose, melhorando a função cardíaca. Os estudos mais relevantes sobre o impacto do ST2 no prognóstico da IC não abordaram o reinternamento aos 3 meses após alta.

Objetivo

O estudo “The **R**ole **O**f Myocardial Fibrosis **A**nd Bioenergetic **D**ysfunction In **H**ear**F**ailure Prognosis” (ROAD-HF) procura estratificar o prognóstico a curto prazo dos doentes internados por IC descompensada em classe III ou IV da NYHA com base em biomarcadores de fibrose miocárdica e de disfunção bioenergética.

Avaliou-se o prognóstico através da readmissão por IC e mortalidade global precoces (até 90 dias após a alta) e pela readmissão por IC e mortalidade global anuais.

Apresentamos uma análise preliminar, descrevendo os resultados apurados do doseamento de ST2 em 77 doentes.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo de coorte prospetivo observacional, unicêntrico, com dois braços (FEVE > 40% e ≤ 40%).

Quantificou-se o ST2 através de kits ELISA R&D Systems, Abingdon, USA.

Com base no valor mediano de ST2 da população geral, concentrações de ST-2 superiores a 42 ng/mL integraram o grupo com valores considerados mais elevados.

A análise de sobrevivência foi realizada pelo método de Kaplan-Meier e as diferenças entre os grupos foram avaliadas pelo teste log-rank.

A significância estatística foi definida como valor de $p < 0,05$.

Fez-se análise multivariada com o objetivo de minimizar potenciais vieses.

Resultados

Efetuiu-se um seguimento de um ano.

Foram estudados 77 doentes com uma média de idades de 78,6 ($\pm 13,0$) anos, 49,4 % mulheres e 59,7 % apresentaram FEVE reduzida.

Do total de doentes, 20,8 % tiveram reinternamento precoce, 38,3 % reinternamento anual, 10,4 % mortalidade precoce e 26,3 % mortalidade anual.

Na população geral, valores mais elevados de ST2 correlacionaram-se com o risco de reinternamento precoce ($p=0,03$), reinternamento anual ($p=0,005$), mortalidade precoce ($p=0,023$) e mortalidade anual ($p=0,024$).

Nos doentes com FEVE reduzida, valores mais elevados de ST2 correlacionaram-se com o risco de reinternamento precoce ($p<0,001$) e reinternamento anual ($p=0,008$).

Conclusão

Na população geral, concentrações elevadas de ST2 associaram-se com o risco de reinternamento precoce e anual, assim como de mortalidade precoce e anual.

No subgrupo de doentes com FEVE reduzida, concentrações aumentadas de ST2 relacionaram-se com o risco de reinternamento precoce e anual.

Estes dados sustentam a utilidade do ST2 enquanto preditor de risco na IC, designadamente nos doentes com FEVE reduzida.

Bem Cuidar no Fim de Vida - projeto de melhoria de cuidados em últimas horas a dias de vida

Sara Maia Barbosa¹; João Francisco Gouveia²; Judite Antas³; Sofia Almeida³; Pedro Neves³; Sara Vieira Silva³

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

² HOSPITAL DR. NÉLIO MENDONÇA

³ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÓNIO

Tema: Cuidados paliativos/ Hospitalização Domiciliária

Introdução

Com a transferência progressiva do local de morte do domicílio para o hospital, a morte afastou-se de um local humanizado. O hospital é o atual local de morte da maioria dos portugueses. As melhores práticas médicas preconizam cuidados que visam a melhoria da assistência ao doente em situação de últimas horas a dias de vida (UHDV).

O projeto *Bem Cuidar No Fim De Vida*, tem como objetivo contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados prestados ao doente em situação de UHDV no contexto hospitalar.

Objetivos

Avaliar o impacto do projeto *Bem Cuidar No Fim de Vida* na qualidade dos cuidados prestados ao doente em situação de UHDV no serviço de Medicina Interna (SMI).

Material e Métodos

Estudo longitudinal retrospectivo de indicadores de qualidade assistencial (adaptados do *10/40 Model for Best Care for the Dying Person*) aos doentes falecidos no internamento do SMI de um hospital terciário universitário. Análise comparativa do registo dos doentes falecidos num ano prévio à implementação do projeto (2019) e no primeiro ano após a implementação do mesmo (2022).

Resultados

No ano de 2019 e 2022 faleceram no SMI 691 e 810 doentes respetivamente. Em 2022, 24,9% (n=172) dos doentes falecidos foram acompanhados no projeto, a maioria do sexo feminino (92; 53,5%) e na faixa etária entre os 81 e os 90 anos (70; 40,7%). A mediana de dias de internamento foi de 12 (mínimo 1; máximo 154). O grupo diagnóstico mais prevalente foi o oncológico (55; 32,0%), sendo que dentro dos não oncológicos foram as infeções (50; 20,1%) e as doenças neurodegenerativas (47; 27,3%), os grupos principais.

Do total de doentes incluídos, foi registada a situação de UHDV em 92,4% (n=159) dos doentes, tendo o prognóstico e a decisão de não reanimação sido registados em 98,8% (n=170) e 99,4% (n=171) doentes, respetivamente. Excluindo os doentes com alteração do estado de consciência (acidentes vasculares cerebrais, coma, demências) que se resumiu a um total de 97 doentes, 81,4% (n=79) estavam informados do diagnóstico e 79,4% (n=77) do prognóstico. Realizou-se conferência familiar na quase totalidade dos casos (n= 170, 98,8%). A preferência do local de morte foi identificada em 71,5% (n=123) dos registos e a averiguação de crenças e rituais religiosos e/ou culturais em 69,7% (n=120).

A simplificação terapêutica foi feita em 97,67% (n=168) doentes e a prescrição antecipatória em 99,4% (n=171). Foram revistas as necessidades de hidratação e alimentação em 98,3% (n=169) e 97,7% (n=168), respetivamente. Foi documentado o apoio espiritual em 80,41% (n=78) e psicológico em 79,4% (n=77).

A análise comparativa dos indicadores de qualidade nos doentes falecidos em 2019, ano prévio à implementação do projeto *Bem Cuidar no Fim de Vida*, decorre.

Conclusões

O desenvolvimento de metodologias que capacitem os profissionais de saúde para a melhoria da qualidade das práticas que executam pode favorecer a melhoria da qualidade assistencial ao doente em situação de UHDV.

Tratamento endovascular no tromboembolismo pulmonar do doente idoso

Sofia Ramos; José Lucena; Julien Lopes; Mariana Coelho; Luís Morais; Melanie Ferreira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças cardiovasculares

A incidência do tromboembolismo pulmonar (TEP) aumenta com a idade, estando o doente idoso mais suscetível ao desfecho fatal - com taxas de mortalidade intrahospitalar que variam entre os 7 e 19% - bem como complicações hemorrágicas derivadas de terapêutica de fase aguda como a trombólise sistémica. Por conseguinte, as abordagens endovasculares poderão ser uma alternativa mais segura para o idoso com TEP de risco intermédio-alto ou alto. Contudo, a evidência do uso e impacto destas intervenções nesta população é limitada. Além disso, a idade avançada é frequentemente considerada um fator de exclusão para a aplicação destas técnicas independentemente da indicação, nomeadamente pelo receio do risco hemorrágico associado.

Pretendemos caracterizar os doentes com idade igual ou superior a 75 anos e TEP submetidos a tratamento endovascular num hospital central ao longo de quatro anos. Para caracterizar esta população, foram recolhidos os dados demográficos, a duração dos sintomas, a estratificação do risco do evento, nomeadamente através da clínica, do NT-proBNP e da presença ecocardiográfica de disfunção ventricular direita, e os eventos adversos aos 30 dias, tanto por embolia pulmonar como complicações hemorrágicas.

Foram incluídos no total 22 doentes, 12 mulheres e 10 homens, com idade média de 79 anos (mínima 75, máxima 88 anos). 3 apresentaram-se com TEP de risco alto e 19 com intermédio-alto, com sintomas em média há 5 dias (mínimo 1, máximo 30 dias). Todos foram submetidos a fibrinólise dirigida por catéter, e alguns simultaneamente a trombectomia (n=3). Nenhum doente apresentou complicações hemorrágicas imediatas. Foram documentados 2 (9%) casos de hematúria, em doentes com lesões vesicais conhecidas, um dos quais com repercussão hematológica e necessidade de suporte transfusional. Excluindo 2 doentes que perderam seguimento após transferência; 3 doentes (13%) faleceram no internamento, 2 por evolução para choque, e 1 por causa não relacionada; 1 doente faleceu aos 30 dias por causa desconhecida.

Com base nos dados reunidos, a estratégia endovascular é uma opção aplicável no tratamento do tromboembolismo pulmonar de maior risco no doente com mais de 75 anos, sendo que a nossa casuística demonstrou baixa taxa de complicações e de mortalidade aos 30 dias por todas as causas. Tratando-se de uma amostra de pequenas dimensões, mais estudos serão necessários para tirar conclusões mais robustas.

Profilaxia do Tromboembolismo Venoso - Análise num serviço de Medicina Interna

**Inês Isabel Trancoso; Francisca Santos Coelho; Ana F. Lopes; Mariana Silva Leal;
Patricia Lourenço; Paula Dias; Jorge Almeida**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Organização, gestão e qualidade de serviços de saúde

Introdução

A incidência de tromboembolismo venoso (TEV) encontra-se aumentada nos doentes internados, metade ocorrendo em regime hospitalar. O TEV é a principal causa de morte hospitalar evitável, com mortalidade estimada de 12%, tendo também impacto no custo e risco de outras intercorrências. A trombopprofilaxia é a principal estratégia para redução do risco de TEV, sendo a sua instituição baseada no risco individual, utilizando scores de risco trombótico e hemorrágico.

Objetivo

Avaliar a instituição de profilaxia de TEV num serviço de Internamento de Medicina Interna antes e após publicação de protocolo específico. Identificar fatores preditores de introdução de trombopprofilaxia.

Material e Métodos

Estudo observacional retrospectivo de doentes internados em Medicina Interna, em duas datas (após introdução de protocolo (DP) e data no ano anterior (AP)). Excluídos os doentes hipocoagulados. Avaliadas variáveis demográficas, estado funcional, presença e tipo de trombopprofilaxia instituída, variáveis necessárias para o cálculo dos Scores de Pádua e IMPROVE. Objectivo primário: trombopprofilaxia e sua adequação. A instituição de trombopprofilaxia AP e DP foi comparada, utilizando uma regressão logística binária para avaliar preditores de trombopprofilaxia.

Resultados

Analisamos 206 doentes (99 AP e 107 DP), idade mediana de 78 anos, 49.5% homens. As médias dos Scores de Katz, Pádua e IMPROVE foram de 4, 4.9 (71.8% ≥ 4) e 4.3 pontos, respectivamente. Foi instituída trombopprofilaxia em 77.2% dos doentes, semelhante em AP e DP. Nos doentes com indicação para trombopprofilaxia (71.8%), 22.3% não a estavam a realizar (17.1% AP e 26.9% DP, $p>0.05$). Neste grupo sem instituição de profilaxia, apesar de score de Pádua ≥ 4 , 60.6% tinham Score de Katz ≤ 3 . No grupo de doentes sem indicação para trombopprofilaxia (28.2%), 75.9% tinham trombopprofilaxia instituída (69.0% AP e 82.7% DP, $p>0.05$). Um total de 37.4% dos doentes estavam sob estratégia de trombopprofilaxia desadequada (32.3% AP e 42.1% DP, $p>0.05$). Da análise de indicação para redução de dose, de referir que 32.5% estavam sob dose supratrapêutica. As únicas variáveis associadas de forma independente à instituição de trombopprofilaxia foram um Score de Katz mais elevado e pior função renal; nos doentes com IMPROVE ≥ 7 havia uma tendência não significativa para a não introdução de trombopprofilaxia.

Conclusão

Ainda há um elevado desajuste na instituição de trombopprofilaxia adequada. A criação e instituição de um protocolo por si só não fazem a diferença – é preciso divulgar os protocolos e consciencializar a comunidade médica para este problema. A instituição de profilaxia de TEV implicará sempre uma análise individual de cada doente, parecendo determinante o seu estado funcional.

Validação de boas práticas no cuidado em morte iminente em Medicina Interna: estudo Delphi

Rui Carneiro¹; Manuel Luís Capelas²; Catarina Simões³; Elga Freire⁴; António H Carneiro⁵

¹ DEPARTAMENTO DE MEDICINA, URGÊNCIA E UCI DO HOSPITAL DA LUZ – ARRÁBIDA, INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR DA UNIVERSIDADE DO PORTO, NÚCLEO DE ESTUDOS DE BIOÉTICA DE SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA

² UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA, FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E ENFERMAGEM, CENTRO DE INVESTIGAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE, PORTUGAL; OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS CUIDADOS PALIATIVOS, PORTUGAL

³ ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTA MARIA, PORTO, PORTUGAL

⁴ EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS, SERVIÇO DE MEDICINA, UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÓNIO, PORTO, PORTUGAL

⁵ DEPARTAMENTO DE MEDICINA, URGÊNCIA E UCI DO HOSPITAL DA LUZ – ARRÁBIDA, VILA NOVA DE GAIA, PORTUGAL; NÚCLEO DE ESTUDOS DE BIOÉTICA DE SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA

Tema: Organização, gestão e qualidade de serviços de saúde

Contexto

Em Portugal, dois terços das mortes ocorrem no hospital. O Internista assume-se como perito na abordagem dos doentes de uma forma integral e deverá ser capaz de proporcionar cuidados paliativos no final da vida. Bons cuidados em fim de vida significam poder ser tratado com dignidade e receber os melhores cuidados de saúde baseados na melhor evidência científica disponível.

Objetivo

Validação nacional de conteúdo de um instrumento de elementos constantes do Modelo 10/40 do *International Collaborative for the Best Care for the Dying Person* e que pode servir de referência na avaliação de doentes em morte iminente nos serviços de Medicina Interna portugueses. Validação de conteúdo de proposta de medicação antecipatória acautelável nesta circunstância e baseada na evidência científica atual.

Metodologia

Processo Delphi com questionário semi-estruturado com recurso a um painel alargado e de conveniência de 23 médicos com a especialidade de Medicina Interna e simultaneamente com a Competência de Medicina Paliativa, avaliando grau de concordância/ discordância com os elementos constituintes do instrumento de organização de cuidados. Esta ferramenta de utilização clínica havia previamente sido adaptada para português e avaliada em congruência formal pelo referido comité internacional.

Resultados

Foi possível gerar consenso do painel de peritos nos elementos relacionados com: (1) diagnóstico de situação de últimas horas ou dias de vida; (2) avaliação das habilidades de comunicação do doente e da família; (3) avaliação de necessidades físicas, psíquicas e espirituais do doente e família; (4) vigilância e documentação da presença de sintomas cardinais (dor, dispneia, respiração ruidosa, inquietação, náusea/ vômito e febre); (5) verificação da existência de prescrição adequada para controlo dos sintomas cardinais; (6) intervenções a suspender ou a minimizar importância; (7) intervenções a implementar ou reforçar importância; (8) cuidados pós-mortem e (9) revisão do diagnóstico de situação de últimas horas ou dias de vida. Não foi possível gerar consenso alargado nas propostas apresentadas para a terapêutica antecipatória aos problemas sintomáticos potenciais desta fase da vida.

Conclusão

Obteve-se o primeiro consenso nacional acerca do conteúdo de um instrumento, sob a forma de lista de verificação prática e objetiva, para avaliação de doentes em morte iminente nas enfermarias de Medicina Interna portuguesas. As melhores práticas foram definidas por peritos nacionais de Medicina Interna simultaneamente com competência em Medicina Paliativa. Os autores apresentam ainda o esforço investigacional em curso para colmatar a ausência de consenso sobre as melhores práticas farmacológicas. Esta lista de verificação aqui apresentada é a base do modelo curricular que está em desenvolvimento com o objetivo de dotar os internistas nacionais de competências para propiciar aos seus doentes um final de vida digno e catalisar lutos saudáveis.

Comparação de dois casos de síndrome de Evans em idosos com evolução refratária

Gabriel de Carvalho Ferreira; Filipe Raposo; Francisco Azeiteiro; Beatriz Machado; Daniel Castanheira; Marta Sanches; Margarida Nunes

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

O Síndrome de Evans (SE) é uma doença autoimune rara, caracterizada pela combinação de anemia hemolítica e trombocitopenia imunomediadas. A etiologia pode ser primária ou secundária a infeções, neoplasias ou vacinas.

Neste trabalho pretende-se analisar e comparar dois casos de SE em doentes idosos, avaliando as diferenças na apresentação clínica, evolução e resposta terapêutica.

O primeiro caso refere-se a um homem de 83 anos, internado por trombocitopenia grave (plaquetas 3.000/uL) e anemia hemolítica (Hb 10.3g/dL, VGM 104fL, hiperbilirrubinemia, LDH aumentado, Coombs direto positivo). Tinha história de vacinação para SARS-CoV-2 (Moderna™) dois meses antes, sendo assumida uma etiologia secundária. Cumpriu 3 pulsos de metilprednisolona 1g, seguido de prednisolona oral 1mg/kg por dia, com falência e necessidade de administração de imunoglobulina endovenosa, com boa resposta, mas temporária. Após 1 semana verificou-se novo agravamento da trombocitopenia, tendo aumentado dose de prednisolona para 1.5mg/kg por dia e iniciou azatioprina. Manteve descida progressiva de plaquetas, com necessidade de 3º ciclo de imunoglobulinae início de Rituximab (semanal x 4 semanas), com recuperação sustentada das plaquetas. e com possibilidade de desmame de prednisolona.

O segundo caso refere-se a mulher de 79 anos, com esquizofrenia, admitida por astenia e fraqueza, com anemia hemolítica severa (Hb 4.2g/dL, hiperbilirrubinemia, LDH aumentada, Coombs direto positivo) e trombocitopenia moderada (plaquetas 86.000/uL). Relatava infeção respiratória na semana anterior com tosse seca e cefaleia, sem outra causa identificada. Cumpriu 5 dias de pulsos de metilprednisolona 500mg, seguido de prednisolona 1mg/kg por dia, com melhoria da trombocitopenia, mas anemia persistente. Por esse motivo, realizou 5 dias de imunoglobulina endovenosa, com melhoria gradual de anemia e parâmetros de hemólise, e iniciou Rituximab, com possibilidade de desmame progressivo de corticoterapia.

Estes casos demonstram a heterogeneidade do SE e a necessidade de uma abordagem individualizada. No primeiro doente, a vacinação terá sido o fator desencadeante, enquanto no segundo uma infeção respiratória prévia pode ter contribuído para o quadro. Ambos os casos apresentaram, no entanto, refratariedade ao tratamento convencional, necessitando de recorrer a terapêutica com Rituximab para atingir remissão.

O CUIDADO AO DOENTE MORTE IMINENTE NAS ENFERMARIAS DE MEDICINA INTERNA EM PORTUGAL: ONE DAY SURVEY

Rui Carneiro¹; Manuel Luís Capelas²; Catarina Simões³; António H Carneiro⁴; António Ferraz Gonçalves⁵; António Araújo⁶

¹ DEPARTAMENTO DE MEDICINA, URGÊNCIA E UCI DO HOSPITAL DA LUZ – ARRÁBIDA, INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR DA UNIVERSIDADE DO PORTO, NÚCLEO DE ESTUDOS DE BIOÉTICA DE SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA

² UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA, FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E ENFERMAGEM, CENTRO DE INVESTIGAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE, PORTUGAL; OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS CUIDADOS PALIATIVOS, PORTUGAL

³ ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTA MARIA, PORTO, PORTUGAL

⁴ DEPARTAMENTO DE MEDICINA, URGÊNCIA E UCI DO HOSPITAL DA LUZ – ARRÁBIDA; NÚCLEO DE ESTUDOS DE BIOÉTICA DE SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA

⁵ FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO, PORTUGAL

⁶ INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR DA UNIVERSIDADE DO PORTO, PORTUGAL

Tema: Cuidados paliativos/ Hospitalização Domiciliária

Contexto

Em Portugal, dois terços das mortes ocorrem no hospital. Não há dados nacionais que caracterizem a forma como os doentes em morte iminente (Mi) últimas horas ou dias de vida internados nos serviços de Medicina Interna (MI) portugueses são cuidados. **Objetivos:** Caracterizar (1) o cuidado de doentes em Mi em enfermarias de MI nacionais, segundo os elementos de boas práticas previamente validados; (2) a população em situação de Mi internada nos serviços de MI portugueses. **Método:** Estudo transversal, multicêntrico e observacional, com a avaliação dos registos no processo clínico dos elementos de qualidade do cuidar dos doentes em Mi, constantes num instrumento de organização de cuidados baseado nas boas práticas do *International Collaborative for the Best Care for the Dying Person* e previamente validado por conjunto de internistas e peritos nacionais em Medicina Paliativa. População-alvo: adultos em situação de Mi internados nos serviços de MI portugueses. Interlocutores locais colaboraram na identificação da população a incluir e no preenchimento da base de dados.

Resultados

Participaram 31 centros nacionais e foram incluídos 119 doentes. A maioria dos serviços tem apoio de equipas de cuidados paliativos (29; 94%), visita flexível (31; 100%) e disponibilidade de quarto individual (22; 71%). A média da taxa mortalidade dos serviços foi de 13,1(±5,3%) e 54,0(±24,6%) dos óbitos hospitalares ocorreram no serviço de MI, segundo dados do último ano em que há registo. Os doentes apresentavam média de idade: 81,4(±12,6 anos), patologia não oncológica (79%) e 39,5% tinham consultoria ativa por equipa de cuidados paliativos (CP). Registos de: comunicação com doente (112; 94%) e família (104; 87%); consulta de diretivas antecipadas de vontade (10; 8%); sistemas de crenças (12; 10%). Sintomas mais pesquisados: dor (103; 87%), dispneia (97; 82%) e agitação (87; 73%); com prescrições disponíveis em, respetivamente, em 112 (94%), 100 (84%) e 54 (45%) doentes. Rotação prevista para vias de maior conforto em menos de metade das situações. DNR definido em 103 (87%) doentes. Ajuste de parâmetros de vigilância em 28 (24%) doentes. Sem registo revisão da oportunidade de: exames complementares (62; 52%), antibioterapia (53; 45%), profilaxias (41; 34%) e fluidos (40; 34%).

Discussão e Conclusão

A maior parte da mortalidade hospitalar em Portugal ocorre em enfermarias de MI. Morre um em 7 doentes internado na MI. Serviços fisicamente bem equipados e dotados da possibilidade de apoio de CP. A maioria dos doentes em Mi são idosos e com patologia não oncológica. Cuidado na documentação de sintomas (dor, dispneia, agitação) e na prescrição (dor e dispneia). Pouca pro-atividade em registar diretivas antecipadas de vontade e elementos do cuidado espiritual. DNR definido na maioria dos doentes em Mi. Registos omissos no processo deliberativo sobre adequação de elementos típicos da medicina do doente agudo, com menos benefício nesta fase da vida

Prognostic Value of TyG Index in Acute Coronary Syndrome: A Risk Stratification Tool?

Rita Novera de Sousa; Andreia Sá Lima; Mariana Lobo; Sara de Sousa; Susana Viana; João Caiano Gil

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Tema: Doenças cardiovasculares

Introduction

The triglyceride-glucose (TyG) index, a surrogate marker of insulin resistance (IR), has emerged as a potential tool for cardiovascular (CV) risk stratification. However, its prognostic value in patients with acute coronary syndrome (ACS) remains underexplored.

Objective

To assess the association between TyG index tertiles and major adverse CV and cerebrovascular events (MACCE) at one year in patients hospitalized with ACS.

Materials and Methods

A retrospective observational study included patients hospitalized with an ACS diagnosis from January 2019 to December 2023. The TyG index was calculated as $\ln(\text{fasting triglycerides [mg/dL]} \times \text{fasting glucose [mg/dL]}/2)$. The primary endpoint was MACCE, defined as a composite of myocardial infarction (AMI), stroke, CV death, all-cause death and unplanned coronary revascularization. Coronary artery disease burden (univessel vs. multivessel) was also analyzed. Statistical analyses included chi-square tests for categorical variables and Kaplan-Meier event-free survival curves were compared using log-rank tests.

Results

We included 534 ACS patients, stratified into tertiles based on their TyG index: T1 (n=176), T2 (n=170), and T3 (n=177). Patients in higher TyG tertiles had a greater prevalence of multivessel disease (T1: 46.0%, T2: 47.7%, T3: 49.7%). MACCE incidence was highest in T2 (n=39), followed by T3 (n=32) and T1 (n=25). Similarly, CV and all-cause mortality showed a similar distribution (T2: 7/17, T3: 5/8, T1: 4/9). Kaplan-Meier survival analysis revealed a non-significant decline in MACCE-free survival for higher TyG tertiles compared to T1. However, the separation between T2 and T3 was less pronounced, reflecting the observed MACCE incidence. In contrast, the AMI-free survival curve showed a more distinct stratification, with T3 exhibiting the highest recurrence of AMI (T3: 10, T2: 7, T1: 4), despite T2 having the highest overall MACCE incidence.

Discussion/Conclusion

The TyG index is an easily accessible and cost-effective tool, requiring only fasting triglyceride and glucose levels (parameters routinely measured in ACS patients) making it a practical addition to existing risk stratification models. A higher TyG index was associated with worse CV outcomes in ACS patients. While MACCE incidence was highest in T2, recurrent AMI was most frequent in T3, indicating that severe IR may have an immediate impact on acute thrombotic events, while broader MACCE outcomes may require longer follow-up to reveal progressive risk. In fact, this study is limited by its short follow-up period, which may hinder the detection of long-term trends and underpower statistical analyses. While recurrent AMI trend revealed immediate consequences of metabolic dysfunction (such as endothelial dysfunction, pro-inflammatory states, and increased thrombotic risk), over an extended follow-up, the expected trend would be a progressive worsening from T1 to T3 in all MACCE components, as chronic metabolic dysfunction (with progressive atherosclerosis and chronic inflammation) exerts its influence. However, larger prospective studies with extended follow-up are warranted to confirm these findings and clarify the long-term prognostic significance of the TyG index in ACS patients.

DIFICULDADES E OPORTUNIDADES DA MEDICINA INTERNA NA GESTÃO DA SITUAÇÃO DE MORTE IMINENTE: Focus Group

Rui Carneiro¹; Manuel Luís Capelas²; Catarina Simões³; António H Carneiro⁴

¹ DEPARTAMENTO DE MEDICINA, URGÊNCIA E UCI DO HOSPITAL DA LUZ – ARRÁBIDA, INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR DA UNIVERSIDADE DO PORTO, NÚCLEO DE ESTUDOS DE BIOÉTICA DE SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA

² UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA, FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E ENFERMAGEM, CENTRO DE INVESTIGAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE, PORTUGAL; OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS CUIDADOS PALIATIVOS, PORTUGAL

³ ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTA MARIA, PORTO, PORTUGAL

⁴ DEPARTAMENTO DE MEDICINA, URGÊNCIA E UCI DO HOSPITAL DA LUZ – ARRÁBIDA; NÚCLEO DE ESTUDOS DE BIOÉTICA DE SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA

Tema: Cuidados paliativos/ Hospitalização Domiciliária

Contexto

Em Portugal, dois terços das mortes ocorrem no hospital. O Internista assume-se como perito na abordagem dos doentes de uma forma holística e deverá ser capaz de proporcionar cuidados paliativos no final da vida. A evidência científica mais recente aponta que doentes em morte iminente (Mi) continuam a receber cuidados de tipologia do doente agudo.

Objetivo

Identificação das principais dificuldades e oportunidades para melhoria da qualidade assistencial a doentes em morte iminente e suas famílias, internados ao cuidado da Medicina Interna (MI), na perspetiva do prestador de cuidados profissional (médicos e enfermeiros que trabalham no ambiente da Medicina Interna).

Método

Estudo qualitativo com análise temática do conteúdo de discussão de um grupo focal constituído por amostra de conveniência de 10 profissionais de MI: diretores de serviço (2), especialistas (2), internos de formação específica (2), enfermeiros (2) e profissionais de saúde mental de ligação (2). A sessão foi gravada a sua transcrição submetida a técnica iterativa de categorização, segundo os procedimentos de Braun e Clarke e com recurso ao programa NVivo®.

Resultados

Participaram no grupo focal 4 médicas, 3 médicos, 2 enfermeiras e 1 psicóloga. A média de idades foi de 43.3 anos (min: 28; máximo: 65 anos); 4 tinham formação em cuidados paliativos. Da discussão convergente emergiram 3 categorias principais: (1) a atitude do profissional de MI e ambiente terapêutico (relevância e impacto epidemiológico da morte nos serviços de MI; atitude e sentimentos da equipa perante a Mi); (2) avaliação da situação de Mi (incerteza sobre a elaboração do diagnóstico e papel dos contributos da equipa nesse processo) e (3) plano individual de cuidados (estilo de comunicação ajustado ao momento; estrutura do apoio à família; elementos da atuação e registo da equipa). Foram sinalizadas como dificuldades nos cuidados: risco de isolamento do profissional, a confrontação com a morte e com a incerteza, a expectativa da sociedade e a falta de linhas orientadoras práticas. Áreas de necessidade de aprendizagem apontadas: comunicação centrada na gestão de emoção (principalmente do profissional); o treino da presença terapêutica; incorporação de elementos clínicos facilitadores de luto da família; modelo de registo do trabalho multidisciplinar.

Discussão e Conclusão

Os profissionais de saúde da MI estão cientes da relevância de cuidar de doentes em Mi na dinâmica das equipas e na vivência interna dos profissionais. Sinalizam necessidade de intervenção educacional nas áreas da comunicação, presença terapêutica, gestão da emoção, planeamento de cuidados multidisciplinar e seu registo formal.

Via Verde de Sepsis Pré-hospitalar: comparação dos alertas aceites e recusados pelos meios médicos

Adelaide Moutinho; Joana Fontes; Lénia Ferreira; José Lopes; Fábio Martins; Solange Mega; Margarida Gil; Filipa Barros; Ana Correia

INEM

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução

A sepsis é desencadeada pela resposta desregulada à infeção, onde a intervenção precoce promove a sobrevivência. Em Portugal, a Via Verde de Sepsis (VVS) encontra-se regulamentada pela Norma da DGS atualizada em 2017, onde as Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) e os Helicópteros de Emergência Médica (HEM) se encontram integrados, com capacidade de triagem, confirmação e intervenção eficaz e coordenada. O *INEM Tool for Emergency Alert Medical System* (iTEAMS®), mediante preenchimento correto, gera alertas que podem posteriormente ser aceites ou recusados pelos profissionais.

Objetivo

Comparar os alertas VVS aceites e recusados pelos médicos das equipas VMER e HEM em 2024 após o preenchimento da aplicação iTEAMS® ter automaticamente gerado o alerta.

Material e Métodos

Estudo retrospectivo e descritivo baseado em registos do iTEAMS® em 2024. Foram analisados alertas de sepsis gerados automaticamente pela aplicação iTEAMS® que cumpriam critérios da DGS, comparando aceites (A) e não aceites (NA) pelas equipas médicas.

Resultados

Das 119 VVS pela DGS, 42 foram aceites e 77 recusados. A distribuição por género é similar, com discreta prevalência masculina nas VVA (52,4%), e feminina nas VVNA (51,9%). A mediana de idades foi menor nas VVA (79 vs. 93 anos), enquanto as VVNA apresentaram mais idosos (88,1% vs. 72,7%) e com maior dependência (33,8% vs. 26,2%). A proveniência de eventos em residências para idosos ou instituições de saúde foi mais elevada nas VVA (9,5% vs. 6,5%). A hipertensão arterial é o antecedente mais frequente em ambos os grupos. O NEWS médio foi superior nas VVNA (11,35 vs. 10,48 pontos). A $SpO_2 < 90\%$ foi mais prevalente nas VVA (45,2% vs. 40,3%), enquanto a $TAs < 90\text{mmHg}$ predominou nas VVNA (66,2% vs. 61,9%). O lactato foi aferido em 3 doentes do grupo VVA e em 2 do grupo VVNA, com valor superior a 2mmol/L em 2 casos por cada grupo. O acesso venoso foi mais frequentemente executado nas VVA (78,6% vs. 48,1%), assim como a administração de fluidoterapia (76,2% vs. 35,1%), maioritariamente com soro fisiológico. A ventilação invasiva ocorreu num doente VVA e em três doentes VVNA. A noradrenalina foi administrada em quatro VVA e cinco VVNA. A maioria das VVS foi encaminhada para serviços de urgência médico-cirúrgicos (VVA 50,5%; VVNA 55,8%).

Conclusões

O alerta da VVS é fulcral para a sinalização precoce do doente séptico, permitindo orientação diagnóstica e terapêutica dentro dos limites de tempo definidos pelas recomendações internacionais, que defendem que tempo é função de órgão. A possibilidade de recusa do alerta iTeams centra-se na capacidade de autonomia do médico que pode, *in situ*, cancelar o alerta. Os alertas recusados apesar de identificarem doentes mais velhos e mais dependentes, não apresentaram relação direta com os critérios clínicos determinantes de sepsis sendo admissível a probabilidade da recusa do alerta não ter um fundamento clínico.

Impacto do acompanhamento de doentes com Insuficiência Cardíaca em Cuidados Paliativos

Ana Lourenço Jardim; Ana Duarte Coimbra; José Abreu Fernandes; Sandra D. Santos; Rui Garcia

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Cuidados paliativos/ Hospitalização Domiciliária

Introdução

Os Cuidados Paliativos (CP) são um pilar importante no acompanhamento de doentes com doenças crónicas, como a Insuficiência Cardíaca (IC). Há dados que sugerem que a sua intervenção nesta população melhora a sua qualidade de vida, bem como reduz a admissão aguda em cuidados de saúde e a carga sintomática¹. As *guidelines* mais atuais descrevem que alguns doentes beneficiarão da integração dos CP no apoio multidisciplinar prestado, devendo ser pensada independentemente do estágio da doença².

Objetivo

O objetivo desta análise é perceber se o acompanhamento de doentes com IC em Consulta Externa de CP tem impacto no número de episódios de urgência e de internamento por descompensação da IC.

Material e métodos

Trata-se de um estudo observacional retrospectivo, onde foram selecionados os doentes seguidos em CP por IC de um hospital português. Através dos registos do doente presentes no processo clínico informático nessa instituição de saúde, foram contabilizados os episódios de urgência e o número de internamentos associados a descompensação da IC, antes e depois da primeira consulta de CP. Os dados foram recolhidos entre 01 e 15 de fevereiro de 2025, tendo sido incluídos na contagem os episódios ocorridos entre janeiro de 2020 e janeiro de 2025. Os dados foram armazenados e analisados estatisticamente através do IBM SPSS Statistics para Macbook versão 27.0.

Resultados

A amostra incluiu 34 doentes. A população apresentava uma média de 84 anos, sendo 55% dos doentes do sexo feminino. A IC era predominantemente de etiologia valvular (35%) e com fração de ejeção preservada (35%). Em 10 doentes, a IC não estaria classificada nem estratificada. Em média, os doentes estavam sob 145mg furosemida/dia (máximo 960mg/dia e mínimo 40mg/dia). No tempo de recolha de dados, foram efetivadas, em média, aproximadamente 7 consultas e 1 hospital de dia por doente. Registaram-se 6 óbitos neste período.

Através de uma análise de amostras emparelhadas, foi possível observar que após o acompanhamento em CP, houve uma diminuição média de 2,4 internamentos ($p < 0,001$). Em média, registaram-se 2,8 internamentos (máximo 19, mínimo 0) previamente ao acompanhamento em CP; e 0,3 internamentos (máximo 3 e mínimo 0) após o acompanhamento em CP.

Verificou-se também que, após o acompanhamento em CP, houve uma diminuição de 3,1 episódios de urgência ($p < 0,001$). Em média, registaram-se 3,9 episódios de urgência (máximo 13, mínimo 0) previamente ao acompanhamento em CP; e 0,7 (máximo 4 e mínimo 0) após o acompanhamento em CP.

Conclusão

Esta análise mostra que parece haver um benefício no acompanhamento dos doentes com IC em CP, dada a diminuição no número de internamentos e episódios de urgência por descompensação da doença de base. Em consonância com os estudos previamente disponíveis, suporta a importância de uma referenciação precoce e atempada dos doentes aos CP.

Bibliografia:

1. Sahlollbey, N., et al. The impact of palliative care on clinical and patient-centred outcomes in patients with advanced heart failure: a systematic review of randomized controlled trials. *European Journal of Heart Failure*(2020).doi:10.1002/ehjhf.1783
2. McDonagh T., et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal* (2021) 42, 35993726. doi:10.1093/eurheartj/ehab368

Auditoria à Prescrição de Oxigenoterapia num Serviço de Medicina Interna

Joana Soares Queirós; André Ferreira; Cláudia Sousa; Rita Almeida; Alexandra Rodrigues; Cátia Martins; Teresa Faria

SESARAM

Tema: Organização, gestão e qualidade de serviços de saúde

A prescrição de oxigenoterapia em contexto de internamento é uma realidade presente em todas as enfermarias de Medicina Interna, sendo essencial na gestão da insuficiência respiratória aguda e crónica agudizada. Vários estudos demonstram que a sua prescrição nem sempre cumpre as recomendações mais recentes.

Objetivos

O objetivo deste estudo é avaliar a prescrição de Oxigenoterapia num Serviço de Medicina Interna, tendo em conta as recomendações presentes na “*British Thoracic Society (BTS) Guideline for oxygen use in adults in healthcare and emergency settings*”.

Material e Métodos

Foi realizado um estudo observacional num período de 24h incluindo todos os doentes internados em enfermaria de Medicina Interna com insuficiência respiratória (IR), sob oxigenoterapia, com ou sem prescrição. Procedeu-se à recolha de dados sobre a indicação de prescrição, o tipo de prescrição (em dose fixa ou por intervalo de saturação periférica de oxigénio (SpO₂) alvo), a administração conforme prescrito e a monitorização diária da SpO₂. Dados recolhidos por consulta do processo clínico e observação direta do doente.

Resultado

Dos 173 doentes internados, 75 cumpriam critérios de inclusão. Destes, 69 (92%) tinham prescrição, 2 (3%) não tinham prescrição mas cumpriam oxigenoterapia e 4 (5%) apresentavam IR sem prescrição ou administração de oxigénio (O₂). Das 69 prescrições, 56 (81%) foram feitas tendo em conta o intervalo de SpO₂ alvo, sendo as restantes 13 (19%) feitas por dose fixa.

Todos os doentes com prescrição (100%) tinham estabelecido o débito a administrar, sendo que 7 (10%) não cumpriam a prescrição e 13 (19%) cumpriam com débito de O₂ diferente do prescrito. Apenas 5 (7%) tinham estabelecido o sistema de administração, 6 (9%) prescrição médica de monitorização e nenhum dos doentes tinha estabelecimento da duração do tratamento.

Dentro dos doentes com prescrição por intervalo de SpO₂ alvo, 30 (54%) estavam dentro do intervalo estabelecido, sendo que 23 (41%) tinham estabelecido apenas o limite de SpO₂ mínimo. Os restantes 33 (59%) tinham definidos os dois limites.

A monitorização da SpO₂ pela equipa de enfermagem foi feita em média 3.38 vezes por dia.

Conclusões

Apesar de se manterem algumas falhas na prescrição, é notória uma melhoria na prescrição de acordo com as normas da BTS em comparação com estudos anteriores realizados neste hospital, nomeadamente na prescrição por intervalo de SpO₂ alvo e monitorização da SpO₂. Estes processos de auditorias clínicas representam uma excelente oportunidade para a consciencialização dos profissionais e melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Prevalência e impacto prognóstico das Síndromes Geriátricas - estudo transversal e unicêntrico

Ana Martins da Costa¹; Beatriz Caldeira¹; Catarina Duarte¹; Judite Antas¹; João Poejo Gomes¹; Filipe Costa¹; Ana Diogo Coutinho²; Andreia Ribeiro¹; Inês Brás¹; Inês Pires¹; Vera Rafael¹; Nícia Pereira¹; Tatiana Silva¹; Márcia Cravo¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÓNIO

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Medicina geriátrica

Introdução

A população idosa está a aumentar e Portugal é o quarto país mais envelhecido do mundo. Este aspeto acarreta um impacto na tipologia de doentes internados nos serviços hospitalares. As síndromes geriátricas (SG) representam condições clínicas comuns nos idosos, frequentemente subdiagnosticadas no internamento hospitalar, a condicionar maior duração do internamento e readmissões mais frequentes. As Unidades Geriátricas Agudas têm por base uma abordagem específica multidisciplinar com Avaliação Geriátrica Global dos idosos, com impacto positivo no diagnóstico de síndromes geriátricas, prevenção das complicações e ainda, redução do tempo e custos do internamento.

Objetivo

Avaliação da prevalência e impacto prognóstico das SG numa população idosa internada no Serviço de Medicina Interna (SMI) de uma Unidade Local de Saúde.

Material e Métodos

Estudo observacional e transversal, com inclusão de todos os doentes com 65 anos ou mais, internados no SMI no período de 3 e 4 de agosto de 2024, que consentiram participação no estudo. Recolha de dados em carácter presencial através de entrevista clínica ao doente ou familiares e através de processo clínico eletrónico (PCE). Consulta posterior da evolução clínica, em novembro de 2024, através da consulta do PCE. Análise estatística dos dados através da utilização de IBM® SPSS®.

Resultados

Incluída uma amostra de 101 doentes idosos (idade média e mediana de 80 anos), com 52 mulheres e 49 homens. Todos os doentes apresentavam pelo menos uma SG, com a maioria da população tendo entre 6 e 7 concomitantes. As SG mais documentadas foram a fragilidade, polimedicação, desnutrição e alterações cognitivas. Neste estudo verificou-se que os doentes com maior dependência funcional no internamento (Barthel) apresentavam maior número de SG (p-value < 0,01). De entre as SG, a presença de fragilidade (PRISMA 7) associou-se positivamente a um aumento de mortalidade destes doentes (p-value 0,02). E ainda verificou-se que um maior número de SG concomitantes teve impacto significativo no aumento da mortalidade dos doentes (p-value 0,007).

Conclusões

Os doentes idosos são atualmente uma população prevalente no internamento agudo hospitalar dos SMI. Apresentam particularidades na abordagem à doença aguda, necessitando de uma estratégia multidisciplinar focada também na documentação e orientação das SG. A importância deste diagnóstico prende-se com as implicações na gestão clínica do doente a nível hospitalar e segundo este estudo, com impacto significativo na mortalidade. Neste aspeto, a fragilidade demonstrou individualmente maior relevância. As Unidades Geriátricas Agudas são as estruturas que permitem a prevenção das SG mas também o maior diagnóstico e melhor orientação das mesmas, com consequência na autonomia e funcionalidade do doente (qualidade de vida) mas também, na mortalidade dos idosos.

Recorrência de Carcinoma Hepatocelular Após Transplante Hepático: Coorte Portuguesa

Sofia Almeida¹; Catarina Elias²; Sofia Ferreira¹; Judit Gandara¹; Cláudia Pereira¹; Vítor Lopes¹; Jorge Daniel¹

¹ CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, EPE / HOSPITAL GERAL DE SANTO ANTÓNIO

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Introdução

O transplante hepático (TH) é a principal opção terapêutica para o carcinoma hepatocelular (CHC) irressecável precoce. No entanto, até 20% dos doentes apresentam recorrência, comprometendo a sobrevida.

Objetivo

Caracterizar os doentes de um hospital terciário, com recidiva de CHC após TH.

Material e Métodos

Foi realizada análise retrospectiva dos doentes submetidos a TH por CHC na Unidade Local de Saúde Santo António (1995-2022). Foram identificados casos de recorrência e caracterizados segundo etiologia da doença hepática, MELD-Na, critérios de Milão, histologia tumoral, características do dador, regime imunossupressor e padrão da recorrência.

Os doentes foram divididos em recorrência precoce e tardia, conforme o intervalo entre TH e diagnóstico da recorrência.

Resultados

Entre 1.559 transplantes hepáticos, 242 foram por CHC, com 26 recorrências (10,7%). Todos os doentes com recorrência eram homens, com média de 56 anos no diagnóstico de CHC. A cirrose era secundária a álcool e/ou HCV em 80,8% dos casos.

Os dadores eram maioritariamente homens (80,8%), com média de 48 anos. Apenas três apresentavam esteatose. O tempo médio de isquemia fria foi de 360 minutos.

A maioria dos CHC era moderadamente diferenciada (n=10). Os critérios de Milão foram cumpridos por 21 doentes na imagiologia pré-transplante, mas apenas 19 na histologia do explante.

O intervalo entre TH e recorrência variou entre 185 e 4.773 dias, com média de 1.064 dias. A recorrência precoce (n=15) foi mais comum, sendo associada a tumores de pior diferenciação.

Conclusões

Esta é a primeira coorte portuguesa a descrever recorrência de CHC após TH. Apesar do reduzido número de casos, os dados sugerem que a diferenciação tumoral pode influenciar a recorrência precoce. Estudos futuros devem comparar doentes com e sem recorrência, permitindo otimizar estratégias de seguimento.

Asma na consulta de Doenças Respiratórias: caracterização e impacto dos antidiabéticos

Inês de Amorim Pereira; João Poejo Gomes; Isabel Rodrigues Neves; João Neves

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÓNIO

Tema: Doenças respiratórias

Introdução

A asma é uma doença inflamatória crónica das vias aéreas, caracterizada por obstrução variável do fluxo aéreo. O excesso de peso e a obesidade têm sido implicados num pior controlo da doença, devido a inflamação sistémica e pulmonar. Recentemente, alguns fármacos antidiabéticos, como a metformina e os análogos do GLP-1, mostraram benefício na melhoria do controlo da asma, não apenas pela redução do peso, mas também pela modulação da inflamação pulmonar.

Objetivo

Caracterizar a população asmática seguida na consulta de Doenças Respiratórias do Serviço de Medicina Interna de um hospital universitário e avaliar o impacto dos antidiabéticos no controlo da asma.

Material e Métodos

Estudo de coorte retrospectivo que incluiu doentes asmáticos seguidos em consulta hospitalar. Foram analisados dados demográficos, características da asma, índice de massa corporal (IMC), presença de diabetes mellitus, terapêutica antidiabética e exacerbações no último ano. A análise estatística foi realizada em Microsoft Excel.

Resultados

Foram incluídos 167 doentes, 76,05% do sexo feminino, com média de idade de 59,8 anos. Nesta amostra, 77,25% apresentavam um IMC igual ou superior a 25.

Relativamente à gravidade e tratamento da asma, 5 doentes encontravam-se no STEP 1 ou 2, 90 no STEP 3, 46 no STEP 4 e 26 no STEP 5 das recomendações da GINA. Apenas 4 doentes estavam sob terapêutica biológica. Registaram-se exacerbações em 42 doentes, 2 com necessidade de internamento. Destes, 24 necessitaram de corticoterapia sistémica. Foi registada eosinofilia periférica ≥ 300 células/ μ L em 69 doentes. A FeNO foi avaliada em 39 doentes, dos quais 17 apresentaram valores ≥ 24 ppb.

No que diz respeito a outras doenças das vias aéreas concomitantes, 101 doentes apresentavam rinite, 15 polipose nasal e 18 apneia do sono. Das restantes comorbilidades, 72 doentes tinham hipertensão arterial e 25 insuficiência cardíaca. Além disso, 27,5% dos doentes encontravam-se sob psicofármacos por patologia depressiva. Quanto ao tabagismo, 20 doentes eram fumadores ativos.

No que respeita à diabetes mellitus tipo 2, foram identificados 34 doentes (20,36%), dos quais 22 apresentavam HbA1c $\geq 6,5\%$ (7 sem registo). Nesta amostra, 24 doentes estavam sob metformina e 4 sob análogos do GLP-1.

Embora sem significância estatística, verificou-se que 26,57% (n=38) dos doentes sem metformina apresentaram exacerbações, face a 16,67% (n=4) dos que a utilizavam. Nos doentes sob análogos do GLP-1, embora apenas 4, a frequência de exacerbações foi maior.

Conclusão

A elevada percentagem de doentes em STEP 5 e a significativa taxa de exacerbações observada sugerem que um número considerável destes pacientes poderá beneficiar de terapêutica biológica para a asma. O papel de fármacos antidiabéticos no controlo da asma tem vindo a ser discutido recentemente. Na nossa população, verificámos uma tendência a menor exacerbação em doentes sob metformina, em linha com os estudos publicados recentemente, mas não em doentes sob análogos do GLP-1. O nosso estudo tem importantes viéses, nomeadamente, uma amostra reduzida, é um estudo retrospectivo e baseia-se no auto-relato de exacerbações. No entanto, representa um ponto de partida para investigações futuras, de modo a explorar novos fármacos que possam contribuir para um melhor controlo da asma.

Hemophagocytic Syndrome in an Internal Medicine ward – an underdiagnosed entity?

Maria Carolina Carvalho; Carolina Saca; Joana Figueiredo Oliveira; Rute Andrade; Joana Cunha Neves; Telmo Chavinha Martins; Frederico Batista; José Delgado Alves

HOSPITAL PROF. DR. FERNANDO DA FONSECA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introduction

Hemophagocytic Syndrome, or Hemophagocytic Lymphohistiocytosis (HLH), is a rare and potentially fatal disease caused by an excessive activation of the immune system that leads to a hyperinflammatory state and multiorgan dysfunction. Traditionally associated with genetic mutations, it can develop as a complication of infections, autoimmune or malignant conditions. Due to a lack of distinguishing clinical features and an overlap with the very entities with which it is associated, it's often hard to diagnose and a high index of suspicion is mandatory.

Goals

To identify patients with high ferritin levels who meet the criteria for HLH in a medicine ward. Secondary objectives were to check whether ferritin levels and higher HLH scores are associated with mortality.

Materials and Methods

A retrospective cohort study included adult patients admitted to our internal medicine department for six consecutive months; patients with ferritin levels <500ng/mL were excluded. High ferritin levels were defined as >1500ng/mL according to our local assay cut-off, and the HLH score was calculated according to Hôpital Saint-Antoine. High HLH-scores were defined as >150. We evaluated HLH identification in our ward, in-hospital death, and after 30 days of discharge. Statistical analysis was performed with Stata®.

Results

In a total of 690 admissions, 122 patients were included with a median age of 71 years (IQR:54,81) and a predominance of male patients (54%). The median ferritin level in our population was 835ng/mL (IQR:606-1515). The identified triggers for ferritin levels >500ng/mL were bacterial infections (50%), viral infections (8%), cancer (25%) and autoimmune diseases (22%). Higher ferritin levels were associated with persistent fever ($p=0.037$) and cancer ($p=0.003$). The median HLH score was 52 (IQR:19-82). The low HLH score was related to the absence of parameters; triglycerides were measured in only 26% of patients and fibrinogen in 20%. In our sample, HLH was identified in 4 patients (3%), with 2 not being diagnosed during their hospital stay, and there was no mortality. In the 4 patients identified, all did steroids and one of them was treated with IVIG and anakinra. There was no association between mortality and high levels of ferritin ($p=0.28$) or high HLH scores ($p=0.34$). Based on the statistical association with mortality, we conducted a multivariable analysis of high ferritin levels, considering age, platelet nadir, steroid therapy, presence of cancer, and bacterial triggers. Although not statistically significant, high ferritin levels had an OR of 1.81 (CI:0.51;6.48) for mortality. High HLH scores were present in only 4 patients, which prevented us from performing a multivariate analysis.

Conclusions

The low HLH scores presented, despite high ferritin levels in patients with clinical conditions associated with HLH, translate the need to increase awareness regarding this disease. If a high index of suspicion is present, a simple dosing of triglycerides or fibrinogen – oftentimes not done standardly – may reinforce this diagnosis and allow specialized teams to treat patients with HLH on time.

Influenza, COVID19 and pneumococcal vaccine status in hospitalised patients: a cross-sectional study

Lígia Antunes Gonçalves; Mariana Lança de Oliveira; Telma Costa Cabral; João Cafôfo; Madalina Gututui; Pedro Moules; Rita Palma Féria; Catarina Bico Filipe; Ana Cristina Grilo; Fernando Martos Gonçalves

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

Os vírus Influenza e SARS-Cov-2 ou o *Streptococcus pneumoniae* são das principais causas de infecções agudas do trato respiratório inferior (IATRI), associados muitas vezes a morbilidade e a um desfecho trágico, principalmente em idosos. Por ano, cerca de 15000-70000 europeus morrem com gripe. O *S. pneumoniae* é a causa mais frequente de pneumonia adquirida na comunidade (PAC), representando um risco 3x aumentado de mortalidade em idosos.

Em Portugal, a vacinação contra a gripe sazonal e COVID-19 é dirigida a todos os adultos maiores de 60 anos e àqueles, que apesar de mais novos, apresentem condições médicas crónicas, como diabetes mellitus ou obesidade. A vacinação pneumocócica apesar de ser recomendada para adultos maiores de 65 anos, não é gratuita, para tal, têm como alvo adultos com condições médicas crónicas específicas (i.e., doença respiratória, infecção por HIV, neoplasia).

Objectivo

Neste contexto, tendo como cenário as vacinas disponíveis contra agentes infecciosos que causam IATRI, este estudo teve como objetivo caracterizar a cobertura vacinal contra a gripe, COVID-19 e o pneumococcus entre adultos hospitalizados.

Métodos

Desenvolvemos um estudo transversal envolvendo todos os doentes hospitalizados, num mesmo dia em Fevereiro (2025), no Serviço de Medicina Interna. Através dos registos clínicos electrónicos foram colhidos dados relativos ao historial clínico, diagnóstico laboratorial, motivo de internamento, terapêutica e situação vacinal.

Resultados

Um total de 120 doentes, com idades compreendidas entre os 25 e os 99 anos (mediana 79 anos). Destes, 43 (35.8%) estavam internados por IATRI, com idade entre os 54 e os 99 anos (mediana 81 anos). Do total, 88% (106) tinham mais de 60 anos, logo, indicação para vacinação.

Apenas 50.9% (54/106) estavam vacinados contra a gripe e 45.3% (48/106) contra a COVID-19. Não houve diferenças entre o grupo sem infecção (50.8% e 46.2%, respectivamente) e o grupo com IATRI, onde 52.5% (21/40) tinham cobertura contra a gripe e 45% (18/40) contra a COVID-19.

Ao analisar a cobertura vacinal dentro dos doentes com IATRI com diagnóstico laboratorial, verificámos que 8 (20%) tinham infecção pelo vírus Influenza A, dos quais, apenas 1 (4.8%) estava vacinado e 7 (36.8%) não vacinados (p -value 0.033). E apenas 1 caso de infecção pelo vírus SARS-CoV-2 num doente não vacinado. Somente 7.5% (8/106) tinham vacinação pneumocócica. Dos doentes com IATRI, 4 (11.1%) tinham diagnóstico laboratorial, todos não vacinados.

Conclusão

Este estudo mostra que a cobertura vacinal é relativamente baixa no grupo etário recomendado, principalmente na vacina pneumocócica. A grande limitação deste estudo é a pequena amostragem e a limitação no espaço temporal, o que impede inferência dos dados. Mostra tendências, o que poderá ajudar a desenvolver estudos mais completos para compreender melhor a cobertura vacinal e possíveis falhas de efectividade. Assim como, ajudar a estabelecer melhores estratégias de recomendação de vacinação e de comunicação, na população que mais recorre aos serviços de saúde hospitalar.

Análise comparativa da mortalidade e risco cardiovascular em doentes com DRC e IC

Diogo António Ribeiro Borges; Sofia Quaresma; Sara Barreto; Pedro Beirão

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

A Doença Renal Crónica (DRC) e a Insuficiência Cardíaca (IC) são condições clínicas altamente prevalentes nos doentes internados em enfermarias de Medicina Interna. Estas patologias representam fatores de risco importantes para a ocorrência de eventos cardiovasculares e aumento da mortalidade.

Objetivo

Comparar a taxa de mortalidade (intra-hospitalar ou até 1 mês após a alta) e incidência de eventos cardiovasculares (enfarte agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral) de doentes com DRC, IC e ambas as patologias, com aqueles que não apresentam nenhuma das condições clínicas.

Material e Métodos

Estudo observacional retrospectivo, tendo como amostra os doentes internados numa enfermaria de Medicina Interna num hospital terciário entre 01/06/2022 e 31/12/2024. Os dados foram colhidos através do SClínico e a análise estatística feita com SPSS. As variáveis contínuas foram expressas como média $\pm$ desvio-padrão e as variáveis categóricas foram expressas como valores absolutos e percentagens; comparações foram feitas com o Teste T. Valores de $p < 0.05$ foram considerados estatisticamente significativos.

Resultados

Foram incluídos 505 doentes, com maior representatividade do género feminino (53,07%) e idade média de $77,93 \pm 12,13$ anos. Da amostra analisada, 13,27% apresentava simultaneamente IC e DRC, enquanto 12,87% tinha apenas diagnóstico de DRC e 20,24% dos doentes apenas IC; 53,62% não apresentava qualquer das duas comorbilidades. De entre os doentes que não apresentavam nenhuma das patologias em análise, a incidência de eventos cardiovasculares foi de 16,67% e taxa de mortalidade de 9,26%. Face aos doentes sem comorbilidades, verificou-se um incremento da incidência de eventos cardiovasculares e da taxa de mortalidade nos doentes exclusivamente com IC (respetivamente mais 5,86% e mais 5,3%, $p > 0.05$), nos doentes exclusivamente com DRC (respetivamente mais 6,41% e mais 18,43%, $p > 0.05$) e nos doentes com ambas as patologias (respetivamente mais 13,81% e mais 25,07%, $p > 0.05$).

Discussão

Verificou-se um aumento estatisticamente não significativo das taxas de mortalidade e incidência de eventos cardiovasculares nos doentes com IC, DRC e ambas as patologias face aos doentes que não apresentavam nenhuma das condições clínicas. Na análise destes dados deve ser tida em conta a existência de outras comorbilidades, não abordadas neste estudo, ou do fator da idade como potenciais confundidores do resultado que, ainda assim, se encontra de acordo com o expectável segundo dados da literatura.

Conclusão

A IC e a DRC são fatores de risco para a ocorrência de eventos cardiovasculares e para o aumento da mortalidade em internamento e pouco tempo após a alta clínica. A ocorrência simultânea de ambas as condições clínicas parece contribuir para o aumento mais evidente desse risco.

Lesão renal aguda na malária grave

Benjamim Mateus; Inês Alexandre; Maria Carolina Silva; Anna Lima; Afonso Santos

HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A malária é uma doença infecciosa que pode afetar múltiplos órgãos. A lesão renal associada à malária tem sido cada vez mais reconhecida, sendo uma complicação significativa que pode resultar em morbimorbilidade significativa. Estudos anteriores indicam que a lesão renal aguda (LRA) é comum em casos de malária grave.

Objectivo

Determinar a prevalência de lesão renal aguda em doentes com malária e caracterizar esta população.

Metodologia

Estudo observacional retrospectivo com dados de registos médicos de doentes diagnosticados com malária num centro hospitalar distrital entre 2013 e 2024. Foram incluídos doentes adultos com diagnóstico de malária e LRA grave definida como creatinina sérica $\geq 3\text{mg/dl}$ (Critério OMS definidor de malária grave), tendo sido excluídos doentes com doença renal crónica estadio 5D. Foram colhidos dados demográficos, clínicos e laboratoriais.

Resultados

Foram identificados 314 doentes com diagnóstico de malária. Destes, 11 (3,5%) apresentaram LRA grave. Dos 11 incluídos a idade mediana foi de 54 anos (mínimo 22 – máximo 72). A maioria dos doentes era não caucasiana (81,8%, n=9), 54,5%(n=6) residiam em área endémica e apresentavam como comorbilidades, hipertensão arterial (45,5%, n=5), infecção VIH (36,4%, n=4), DRC (18,2%, n=2) e infecção HBV (9,1%, n=1). Foram identificados outros critérios definidores de malária grave: alterações neurológicas (36,4%, n=4), anemia grave (27,3%, n=3), hiperbilirrubinemia (27,3%, n=3) e hiperparasitémia (27,3%, n=3). O tratamento inicial incluiu quinino intravenoso e doxiciclina (45,5%, n=5), artemeter e lumefrantina (45,5%, n=5) e artesunato (9,1%, n=1). A mediana de creatinina foi de 4,75 mg/dL (mín 3,18 – máx 11,86) e um doente (9,1%) apresentou acidose metabólica grave ($\text{HCO}_3^- < 15\text{mmol/L}$). Na análise sumária da urina, 63,6% (n=7) apresentaram proteinúria ($\geq 100\text{mg/dl}$), 72,7% (n=8) hematuria microscópica, 36,4% (n=4) leucocitúria e a maioria apresentava densidade urinária baixa (90,9%, n=10). Apenas um doente (9,1%) necessitou de terapêutica substitutiva da função renal durante o internamento, com posterior recuperação parcial da função renal. Observou-se recuperação completa em cinco doentes (45,5%) e parcial em quatro (36,4%), com um tempo mediano de recuperação de 11 dias (mínimo 4 – máximo 29). Um doente evoluiu com progressão da DRC com necessidade de indução dialítica nove meses após o diagnóstico de malária. Foram realizadas duas biopsias renais, observando-se material viável em apenas uma, compatível com nefropatia de cilindros de bilirrubina.

Conclusão

A prevalência da LRA encontrada nesta série é semelhante a descrita na literatura. Os achados no exame urinário sugerem lesão predominantemente tubular, explicando o potencial de recuperação da função renal, observado na maioria dos doentes. Apesar de não ter verificado mortalidade nesta série, importa caracterizar a LRA pelo seu impacto, descrito como factor de pior prognóstico de acordo a literatura.

Uma parceria mutuamente vantajosa - casuística de doentes ortopédicos internados em UHD

Mariana Fidalgo; Albina Moreira; Raquel Barreira; Marta Monteiro; Sofia Pereira; Marta Barbedo; Clara Coelho; Olga Gonçalves

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Organização, gestão e qualidade de serviços de saúde

Introdução

A gestão dos cuidados de saúde e respetivo orçamento tem gerado uma procura por soluções que, mantendo a qualidade da assistência prestada, permitam reduzir a sobrelotação das camas de internamento hospitalar [IH]. As unidades de hospitalização domiciliária [UHD] têm assumido um papel cada vez mais importante na descentralização dos cuidados de saúde e consequentemente na redução da pressão de vagas de IH.

Os serviços cirúrgicos, particularmente os de Ortopedia, são serviços com tempos de internamento mais curtos e elevado *turnover* de doentes. Paradoxalmente, os doentes com infeções ósseas, protésicas ou de material de osteossíntese, carecem habitualmente de internamentos muito prolongados, com várias semanas de antibioterapia. As UHDs têm um papel fundamental, ao assumirem os cuidados desta tipologia de doentes, libertando precocemente camas de IH, reduzindo a incidência de complicações decorrentes da permanência hospitalar (como infeções nosocomiais ou episódios de delirium) e permitindo ao doente a permanência no domicílio, junto da família.

Objetivo

Caracterizar os doentes ortopédicos admitidos em UHD e refletir sobre a sinergia entre os dois serviços.

Material e métodos

casuística, com dados recolhidos dos processos clínicos eletrónicos e dados estatísticos oficiais da instituição.

Resultados

A Ortopedia tem uma demora média de internamento ≤ 6 dias. Desde a sua criação, a UHD admitiu 65 doentes ortopédicos, dos quais 55.4% eram do sexo masculino, com uma média de idades de 60.5 anos (± 3.5). Todos os doentes foram admitidos por quadro infeccioso, à exceção de um (admitido para cuidados de penso de ferida cirúrgica não infetada). A demora média de internamento na UHD foi de 21.8 dias (± 16.6), correspondendo a 53.6% do tempo total e perfazendo 1419 dias de internamento fora do hospital. Dos 65 doentes, 83.1% tiveram alta melhorados e 7.7% regressaram ao hospital de forma programada, para novas intervenções. Apenas 9.2% dos doentes apresentou agravamento clínico, com necessidade de retorno ao IH.

Conclusões

Os internamentos de doentes ortopédicos em UHD resultaram numa poupança de 1419 dias de internamento convencional, que, tendo por base a demora média de 6 dias de internamento, terão permitido admitir e tratar 236 doentes adicionais.

Vários estudos a nível nacional e internacional estimam que as UHDs representem uma redução de custos de 20-30% face a tempo igual de IH. Representam também uma redução de custos familiares diretos e indiretos, tanto a nível económico como emocional. Paralelamente, a transição dos doentes para fora do IH permite reduzir as complicações decorrentes da permanência hospitalar e uma menor perda de autonomia (particularmente nos doentes idosos), sem compromisso da qualidade dos cuidados prestados.

Assim, as UHDs representam uma alternativa cada vez mais vantajosa e custo-eficaz ao IH, permitindo reduzir a pressão de vagas dos internamentos convencionais.

O Papel de Equipas Multidisciplinares na Abordagem do Doente Complexo

Ana Osório Petrucci; João Abrantes; Nuno Alemân-Serrano; Anabela Oliveira

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, EPE / HOSPITAL DE SANTA MARIA

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A glicogenose tipo Ia (Doença de *von Gierke*), é uma doença do metabolismo autossómica recessiva, resultante da deficiência da glicose-6-fosfatase, enzima-chave no metabolismo do glicogénio. É rara e subdiagnosticada, sendo reportados cerca de 1 caso em cada 100000 nados-vivos. Para além de episódios de hipoglicemia em jejum, a acumulação de glicose-6-fosfato leva a que as vias metabólicas alternativas à glicogenólise e gliconeogénese sejam estimuladas resultando em alterações metabólicas que incluem hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, hiperuricemia e hiperlactacidemia. Para além de quadros de descompensação aguda, os doentes podem desenvolver complicações graves como hepatomegalia, adenomas, carcinoma hepatocelular, disfunção renal e osteopenia.

Objetivos

Caracterização fenotípica e comorbilidades de uma coorte de 9 doentes com glicogenose tipo Ia.

Material e métodos

Análise descritiva retrospectiva dos processos clínicos de doentes com glicogenose tipo Ia seguidos num Centro de Referência de Doenças Hereditárias do Metabolismo, tendo sido recolhidos dados demográficos e clínicos.

Resultados

Dos 9 doentes analisados, 7 são mulheres e 2 são homens; a idade média dos doentes é de 25 anos (mínima de 19, máxima de 37). Todos os doentes iniciaram o seguimento na pediatria e transitaram para os adultos. Os doentes apresentam hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia, hiperuricemia, microalbuminúria e hiperlactacidemia. A mutação genética no gene da glicose-6-fosfatase mais encontrada foi a R83C. Está presente em todos os doentes hepatomegalia e padrão de esteatose hepática, e em 3 verificam-se adenomas hepáticos. Em relação a comorbilidades associadas: 1 dos doentes tem uma comunicação interauricular com síndrome de *Eisenmenger*, outro tem um hipogonadismo hipogonadotrófico, 1 um outro desenvolveu um quadro de resistência à insulina e tem uma obesidade mórbida. Uma doente faleceu no contexto de uma descompensação metabólica grave e outro doente foi submetido a transplante hepático. Uma doente não mantém *follow up*. Todos os doentes foram aconselhados a ter uma dieta adequada à base de hidratos de carbono complexos, incluindo amido de milho não cozinhado, devendo evitar jejum prolongado sobretudo à noite.

Conclusão

Este trabalho realça a complexidade da gestão desta patologia e a importância de uma equipa multidisciplinar, em que a medicina interna e a nutrição têm um papel fundamental.

Reinventando Paradigmas: Nova Escala de Avaliação de Risco de Exacerbações em Insuficiência Cardíaca

J. Guilherme Gonçalves-Nobre; Isabel Ponte; Andrea Naddaf; Elena Pirtac; Catarina Valadão; Francisca Delerue

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

A insuficiência cardíaca (IC) afeta cerca de 4% da população em Portugal e permanece como um dos principais desafios cardiovasculares, conjugando elevadas taxas de hospitalização e mortalidade. Literatura recente demonstrou a urgente necessidade de abordagens mais eficazes na deteção precoce de exacerbações. Assim, a investigação de biomarcadores preditivos alcançou maior relevância, permitindo intervenções personalizadas. Novos biomarcadores, como índices analíticos, têm ganho destaque, denotando a intrínseca correlação entre sistema imunitário disfuncional e fisiopatologia de IC.

Objetivos

Desenvolvimento e validação interna de escala clínica de risco de exacerbação de IC em consulta médica, com base em variáveis demográficas, clínicas e índices analíticos.

Metodologia

Trata-se de um estudo retrospectivo, observacional e unicêntrico, incluindo 163 doentes com IC, seguido em consulta de Insuficiência cardíaca/Medicina interna, durante o ano de 2023. 54% dos doentes eram do sexo feminino, com idade média de $78,4 \pm 9,4$ anos. A fração de ejeção foi $48,9 \pm 11,7\%$, e 38% apresentaram exacerbações. Como principais comorbilidades destacaram-se fibrilhação auricular (59,5%) e doença renal crónica (23,3%). Cerca de 79% dos doentes apresentou 2 consultas ou mais no período do estudo. 49,2% das exacerbações deveu-se a etiologia infecciosa. Nas exacerbações, o tempo de internamento médio, foi de cerca de $13,9 \pm 12$ dias. Adicionalmente, determinaram-se índices analíticos como índices neutrófilos-linfócitos (NLR), plaquetas-linfócito (PLR) e linfócitos-monócitos (LMR), entre outros e estabeleceu-se os respetivos limites com base em curvas ROC. A análise estatística prosseguiu com regressão logística para identificação de preditores de exacerbação e curvas ROC para avaliar o desempenho da nova escala.

Resultados

Fração de ejeção preservada (valor-p < 0,01), antecedentes trombóticos (valor-p = 0,02), $NLR < 3$ (valor-p = 0,03) e $LMR < 3,1$ (valor-p < 0,01) destacaram-se como fortes preditores. O risco foi dividido em: baixo (< 6 pontos), intermédio (6,1 – 12 pontos) e alto (> 12 pontos). A área sob a curva ROC (AUC) foi 0,87 (Intervalo de confiança: 0,80–0,92). A validação do modelo evidenciou exatidão global de 61,9% (Intervalo de confiança: 45,6–76,4%), sensibilidade de 46,2% e especificidade de 87,5%. O valor Kappa (0,2941) indicou concordância moderada, salientando a necessidade de aperfeiçoamentos.

Conclusões

A escala apresenta desempenho promissor na estratificação do risco de exacerbações em IC, ao integrar variáveis demográficas, clínicas e índices analíticos. Esta abordagem pode reduzir hospitalizações, custos inerentes às mesmas e auxiliar na otimização da gestão de recursos na consulta de IC, contribuindo para melhores resultados clínicos. Estudos prospetivos, com maior número de doentes e validação externa serão cruciais para confirmar a robustez do modelo.

Doença Cardiovascular e Fatores de Risco: Avaliação do Controlo em Doentes Internados

PEDRO MIGUEL PIRES MOULES; Catarina Bico Filipe; João Cafôfo; Ligia Antunes Gonçalves; Madalina Gututui; Mariana Lança de Oliveira; Rita Palma Féria; Telma Costa Cabral; Fernando Martos Gonçalves; Ana Grilo

HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

As doenças cardiovasculares são uma das principais causas de internamento em Portugal, frequentemente associadas a um controlo inadequado dos fatores de risco, nomeadamente hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes mellitus.

Objetivo

Este estudo teve como objetivo caracterizar os doentes internados ao cuidado da Medicina Interna cujo diagnóstico de admissão de enfarte agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral, e identificar fatores de risco não controlados. Procurou-se ainda verificar se, durante o internamento, esses fatores se encontravam dentro dos alvos definidos pelas normas de orientação clínica e avaliar o impacto do ajuste terapêutico.

Material e Métodos

Foi realizado um estudo observacional transversal de um dia, abrangendo todos os doentes internados na Medicina Interna, totalizando 120 pacientes. Destes, 22 (18%) estavam internados por doença cardiovascular, sendo 18 do sexo masculino. Os diagnósticos distribuíram-se entre enfarte agudo do miocárdio (9 doentes) e acidente vascular cerebral (13 doentes).

Resultados

Relativamente ao controlo dos fatores de risco, observou-se que 68% dos doentes apresentavam valores de colesterol LDL acima do alvo recomendado. Quanto à pressão arterial, verificou-se que 50% dos doentes não tinham um perfil tensional não controlado. A hemoglobina glicada encontrava-se alterada em 22% dos casos.

Com o ajuste terapêutico realizado durante o internamento, 19 doentes passaram a apresentar valores dentro dos alvos definidos para glicémia e pressão arterial. Contudo, em um dos casos, o perfil tensional permaneceu inadequado, e em dois doentes, os valores de glicémia não se normalizaram.

Conclusões

Os resultados deste estudo evidenciam que uma percentagem significativa dos doentes internados por doença cardiovascular apresentava fatores de risco não controlados. Comparando com estudos anteriores, nos quais a taxa de controlo da hipertensão arterial em Portugal varia entre 40% e 60%, os nossos dados revelam uma situação semelhante. O controlo inadequado do colesterol LDL, presente em 68% dos doentes estudados, está também alinhado com tendências descritas em estudos nacionais e internacionais.

A elevada prevalência de fatores de risco não controlados reforça a importância da prevenção primária e secundária, bem como da otimização terapêutica precoce. O estudo destaca a necessidade de um seguimento mais rigoroso dos doentes em contexto ambulatorio, com vista a um melhor controlo dos fatores de risco e, consequentemente, à redução das taxas de internamento por doença cardiovascular.

MASLD e Diabetes Tipo 2: Uma associação subdiagnosticada e a utilidade do FIB-4

Cláudia Queirós; Filipa Correia; Mikael Xufre; Dília Valente; Marta Duarte; Nuno Bernardino Vieira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALGARVE

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A doença hepática esteatótica associada à disfunção metabólica (MASLD), uma possível complicação da diabetes mellitus tipo 2, está associada a uma elevada comorbilidade a longo prazo, podendo progredir para fibrose, cirrose e carcinoma hepatocelular. Em doentes com diabetes tipo 2 ou pré-diabetes, especialmente naqueles com obesidade, além da intervenção no estilo de vida, a pioglitazona, os análogos do GLP-1 e os co-agonistas da GLP-1 e GIP demonstraram benefícios na redução da esteatose hepática, inflamação e fibrose, contribuindo para uma melhor evolução da doença hepática e do controlo metabólico. O índice de fibrose FIB-4 é uma ferramenta simples e útil para avaliar a presença de fibrose hepática nestes doentes.

Objetivo

Avaliar a importância da avaliação do risco de fibrose hepática em doentes com diabetes mellitus tipo 2 seguidos em consulta de diabetes, com o intuito de adequar a terapêutica de acordo com as recomendações mais recentes.

Materiais e Métodos

Foram observados 95 doentes seguidos em consulta de diabetes entre setembro de 2024 e fevereiro de 2025. Destes, 28 doentes foram excluídos por apresentarem diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 ou LADA (Latent Autoimmune Diabetes in Adults) e 8 por já estarem a realizar tratamento com os análogos do GLP-1 ou pioglitazona.

Resultados

O estudo incluiu 59 doentes, com uma idade média de 58 anos. O cálculo do FIB-4 revelou que 3 doentes apresentavam um valor > 2.67, enquanto 35 doentes apresentavam valores entre 1.3 e 2.66. Do total, 13 sofriam de obesidade (grau 1 ou superior) e 11 tinham síndrome metabólico associado. Entre os 38 doentes com FIB-4 aumentado, 8 apresentavam insuficiência cardíaca crónica, o que contra-indica a utilização de pioglitazona. Apenas 5 doentes tinham ecografia hepática com algum grau de esteatose documentado, e nenhum realizou elastografia hepática.

Conclusões

Os dados sugerem que o MASLD é uma condição prevalente nos doentes com diabetes tipo 2, mas frequentemente subvalorizada, o que resulta em um diagnóstico e tratamento inadequados. O facto de muitos doentes apresentarem valores normais ou ligeiramente elevados de transaminases contribui para a falta de atenção a esta patologia. A implementação de um algoritmo que inclua o cálculo protocolar do FIB-4 nas consultas poderia ser útil para alertar para a presença de MASLD, permitindo a adequação da terapêutica com base nos alvos glicémicos e na presença ou ausência de MASLD.

Utilidade do bicarbonato de sódio em doentes com acidémia metabólica

Pedro Carrilho¹; Sofia Romão²; Tiago Santos²

¹ FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE LISBOA

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução

A acidémia metabólica é comum em doentes críticos e associa-se a elevada mortalidade. A correção com bicarbonato de sódio é debatida, mas os seus benefícios clínicos são incertos. Este estudo caracterizou doentes com acidémia metabólica internados num setor de Medicina Interna, avaliando o impacto da sua correção na mortalidade, tempo de internamento e parâmetros laboratoriais.

Objetivo

Estudar o impacto da correção da acidose metabólica nos outcomes clínicos dos doentes.

Material e Métodos

Analysaram-se retrospectivamente doentes internados entre Out-2023 e Out-2024 com acidémia metabólica. Avaliaram-se características demográficas, comorbilidades, gasimetrias arteriais seriadas e terapêutica. A análise estatística incluiu testes não paramétricos, realizados na população global, assim como em subgrupos com lesão renal aguda com e sem adequada compensação respiratória.

Resultados

De 398 doentes, 47 apresentavam acidémia metabólica. A idade média foi 74.2 ± 16.4 anos, 57.4% eram mulheres. As comorbilidades mais comuns foram hipertensão (85.1%), dislipidemia (57.4%) e Diabetes Mellitus (42.6%). DRC estava presente em 57.4% e 66% preencheram critérios de LRA. O pH médio inicial foi 7.29 ± 0.54 e 31.9% receberam bicarbonato. A mortalidade foi 46.8%, com 40.4% dos óbitos até 3 meses após a alta. O tempo médio de internamento foi 12.4 ± 11.8 dias. A terapêutica foi administrada em 31.9% dos casos, particularmente em casos de disfunção renal. A acidémia metabólica grave associou-se a maior mortalidade, refletida por pH e HCO_3^- mais baixos. A variação do bicarbonato ao longo do internamento parece estar associada à mortalidade, sugerindo um possível valor prognóstico. Não houve diferença estatisticamente significativa na mortalidade global ou a 3 meses ($p=0.749$, $p=1.000$) e no tempo de internamento ($p=0.430$) com o uso de bicarbonato de sódio. No subgrupo com LRA, não houve diferenças na mortalidade ($p=0.700$, $p=0.716$) nem no tempo de internamento ($p=0.699$) com o uso desta terapêutica. Em doentes com e sem compensação respiratória adequada, os resultados foram semelhantes. Estes resultados reforçam a necessidade de mais estudos para clarificar o papel do bicarbonato na gestão da acidémia metabólica. Apesar de não ter havido um impacto significativo na mortalidade a 3 meses e global, a correção da acidémia metabólica poderá beneficiar subgrupos específicos, mostrando a necessidade de mais estudos para definir melhor os critérios da sua utilização.

Conclusões

A acidémia metabólica relaciona-se com elevada mortalidade e internamentos prolongados. Apesar da maior administração de bicarbonato em doentes graves, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na mortalidade ou duração do internamento. A variabilidade na sua utilização reforça a necessidade de estudos que clarifiquem os subgrupos que mais beneficiam da terapêutica. No entanto, a interpretação destes resultados deve considerar algumas limitações, incluindo a natureza retrospectiva do estudo, a reduzida dimensão da amostra e a ausência de normas clínicas estabelecidas para o uso de bicarbonato de sódio, fatores que podem influenciar a generalização e comparabilidade dos dados.

O fibrinogénio aumenta a rigidez arterial nos indivíduos hipertensos

Cláudia Sousa¹; Ana Célia Sousa²; Patrícia Nunes¹; João Gouveia¹; Mónica Jardim¹; Sara Gomes¹; Sofia Almada¹; Elisa Caldeira¹; Sofia Borges²; Maria João Oliveira²; Mariana Rodrigues²; Eva Henriques²; Sónia Freitas²; Maria Isabel Mendonça²; Roberto Palma Dos Reis³

¹ CENTRO DE INVESTIGAÇÃO DR.ª MARIA ISABEL MENDONÇA, SESARAM EPERAM; SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, SESARAM EPERAM

² CENTRO DE INVESTIGAÇÃO DR.ª MARIA ISABEL MENDONÇA, SESARAM EPERAM

³ FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE LISBOA/NOVA MEDICAL SCHOOL

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

A hipertensão arterial é o principal fator de risco para o desenvolvimento de rigidez arterial. As propriedades elásticas arteriais são fatores importantes para o desempenho da função cardiovascular e preditores do risco cardiovascular. O fibrinogénio é um marcador inflamatório que estimula a disfunção endotelial levando ao desenvolvimento de maior rigidez arterial. No entanto, estes mecanismos de inflamação subclínica, desencadeados a nível da parede vascular permanecem ainda desconhecidos.

Objetivo

Avaliar se o fibrinogénio sérico se associa a maior rigidez arterial numa população Portuguesa de hipertensos.

Métodos

Determinámos em 860 indivíduos hipertensos, a velocidade de onda de pulso (VOP), que é um índice de distensibilidade arterial, através do método *Complior*. Todos os indivíduos colheram sangue para análises bioquímicas. Fizemos um estudo caso-controlo consoante tinham VOP elevada ($VOP \geq 10 \text{ m/s}$) ou não ($VOP < 10 \text{ m/s}$). Avaliámos em ambos os grupos os níveis séricos do fibrinogénio. Posteriormente, fez-se uma análise multivariada com outros fatores de risco de doença cardiovascular nomeadamente: diabetes, dislipidemia, consumo de álcool e tabagismo para estimar quais as variáveis que se associavam de forma significativa e independente ao aumento da VOP.

Resultados

O grupo dos casos ($VOP \geq 10 \text{ m/s}$) era constituído por 130 indivíduos e o dos controlos ($VOP < 10 \text{ m/s}$) por 730 indivíduos. Os nossos resultados indicam que numa população hipertensa, os indivíduos com VOP mais elevada têm níveis séricos de fibrinogénio mais elevados do que aqueles com menor VOP ($402,77 \pm 93,10$ versus $380,28 \pm 80,75$; $p=0,004$). Uma correlação positiva de Pearson foi encontrada entre o fibrinogénio e a VOP ($p<0,0001$). Após análise multivariada onde estudámos, para além do fibrinogénio, outros fatores de risco de doença cardiovascular, os que permaneceram na equação e que se associam de forma significativa e independente ao aumento da VOP foram: diabetes ($OR=2,138$, $IC95\%$ (1,400-3,264), $p<0,0001$), álcool ($OR=1,511$, $IC95\%$ (1,027-2,224), $p=0,036$) e fibrinogénio ($OR=1,003$, $IC 95\%$ (1,001-1,005), $p=0,006$).

Conclusões

Os nossos resultados comprovam que o fibrinogénio está associado a maior rigidez arterial nos indivíduos hipertensos, de forma significativa e independente. Este achado ressalta o importante papel do fibrinogénio como marcador de lesão da parede arterial e confirma o seu envolvimento nos fenómenos fisiopatológicos do desenvolvimento da rigidez arterial. Medidas de controlo devem ser implementadas nos indivíduos hipertensos para reduzir a rigidez arterial e, consequentemente, o fibrinogénio como medida de prevenção do risco cardiovascular.

O polimorfismo AGTR1 está associado ao aparecimento de Hipertensão na população diabética

João Gouveia¹; Ana Célia Sousa²; Patrícia Nunes¹; João Loja¹; Eduarda Moniz¹; Elisa Caldeira¹; Vasco Nunes¹; Sofia Borges²; Graça Guerra²; Maria João Oliveira²; Mariana Rodrigues²; Eva Henriques²; Sónia Freitas²; Maria Isabel Mendonça²; Roberto Palma Dos Reis³

¹ CENTRO DE INVESTIGAÇÃO DR.ª MARIA ISABEL MENDONÇA, SESARAM EPERAM; SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, SESARAM EPERAM

² CENTRO DE INVESTIGAÇÃO DR.ª MARIA ISABEL MENDONÇA, SESARAM EPERAM

³ FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE LISBOA/NOVA MEDICAL SCHOOL

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A Diabetes Mellitus (DM) é um fator de risco de doença cardiovascular com prevalência crescente nas sociedades desenvolvidas. A hipertensão arterial (HTA) é uma patologia muito frequente nos diabéticos, quando coexiste aumenta substancialmente o risco cardiovascular e acelera as lesões micro e macrovasculares da DM. O sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) desempenha um papel vital na regulação do metabolismo da glicose e da pressão arterial. Os polimorfismos genéticos deste sistema são genes candidatos para a sua regulação.

Objetivo

Com o presente trabalho, pretendemos investigar se os polimorfismos do SRAA se associam com o aparecimento de HTA nos diabéticos.

Métodos

Numa amostra de 203 indivíduos diabéticos, todos colheram sangue para determinação dos cinco polimorfismos genéticos do SRAA, nomeadamente: ECA I/D rs4340, ECA A2350G rs4343, AGT T174M rs4762, AGT M235T rs699 e AGTR1 A1166C rs5186. Constituímos dois grupos consoante tinham HTA (n=163) ou não (n=40). Comparámos os grupos em relação às frequências genótípicas dos cinco polimorfismos para determinar quais se associam à HTA nos diabéticos e calculámos o melhor modelo genético (dominante, recessivo, aditivo e multiplicativo) onde se verificava essa associação. Foi feito o teste do Qui quadrado para avaliar as diferenças entre os grupos e calculados os respetivos OR com intervalos de confiança. Por fim, foi feita uma análise multivariada para determinar quais os polimorfismos genéticos que se associam de forma significativa e independente à HTA nos diabéticos. A análise estatística foi feita através da utilização do SPSS for Windows versão 25.0. Usamos como limiar de significância o valor de $p < 0,05$.

Resultados

Dos 203 indivíduos estudados, o grupo dos diabéticos hipertensos englobou indivíduos com uma idade média de $54,8 \pm 6,9$ anos e 62% eram do género masculino. O grupo dos diabéticos sem hipertensão (controles) abrangeu indivíduos com $54,2 \pm 6,5$ anos e 67.5% do género masculino. A variante genética que se associou ao aparecimento de HTA nos diabéticos foi a AGTR1 em 3 modelos, dominante (OR 3,754; IC95% 1,681-8,381; $p=0,001$), aditivo (OR 3,095; IC95% 1,515-6,322; $p=0,002$) e multiplicativo (OR 3,097; IC95% 1,533-6,257; $p=0,001$). Após a análise multivariada, o genótipo AC do AGTR1 permaneceu na equação associando-se de forma significativa e independente com a HTA na população diabética com um OR de 3,478 (IC95% 1,499-8,068; $p=0,004$).

Conclusão

A variante genética AGTR1 associou-se com o aparecimento de HTA na população diabética de forma significativa e independente. Os diabéticos portadores destas variantes genéticas têm maior predisposição para o aparecimento de HTA, devem ter especial cuidado em termos comportamentais, para reduzir assim o risco cardiovascular.

Rastreio de Lipoproteína(a) em doentes com Síndrome Coronário Agudo

Ana Rita Ambrósio¹; Marta Catarina Almeida²; Francisca Martins Nunes²; Maria Leonor Moura²; Francisco Lemos de Sousa²; Olga Sousa²; Ricardo Fontes-Carvalho²

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

A Lipoproteína(a) (Lp(a)) é um fator de risco independente para o desenvolvimento de doença cardiovascular aterosclerótica. Existe uma relação linear entre a elevação da Lp(a) e o aumento de risco de eventos cardiovasculares, como o enfarte agudo do miocárdio (EAM). Dado que os valores de Lp(a) se mantêm relativamente estáveis ao longo da vida recomenda-se a sua medição pelo menos uma vez como parte da avaliação de risco cardiovascular.

Objetivos

Pretendeu-se avaliar a distribuição dos níveis de Lp(a) em doentes internados por síndrome coronário agudo (SCA) com e sem supradesnívelamento de ST (STEMI e SCA-NSTE, respetivamente) e analisar os valores de Lp(a) nos doentes com LDL ≤ 55 mg/dL.

Material e Métodos

Estudo descritivo retrospectivo que incluiu doentes internados por SCA (STEMI, angina instável e NSTEMI) entre julho e dezembro de 2024. Foram analisados os perfis lipídicos e os valores de Lp(a) obtidos durante o internamento. Foram excluídos doentes com dados incompletos. A análise estatística foi realizada em SPSS.

Resultados

Incluídos 193 internamentos, que corresponderam a 191 doentes, dos quais 48.2% eram STEMI e 51.8% SCA-NSTE. A média de idade foi de 66.4 ± 12 anos, sendo 58.8% do sexo masculino. Os principais fatores de risco cardiovasculares foram hipertensão arterial (62.7%), diabetes mellitus (36.3%) e tabagismo ativo (32.1%).

Os valores medianos do perfil lipídico foram: colesterol total 158mg/dL (IQR 124-192.5), HDL-c 39 mg/dL (IQR 34-46.5), LDL-c 94.8 mg/dL (IQR 58-122.3) e triglicéridos 110 mg/dL (IQR 74-150.5 mg/dL). Cerca de 22.8% dos doentes apresentavam LDL ≤ 55 mg/dL, 45.1% LDL > 100 mg/dL e apenas 1.6% LDL > 190 mg/dL.

A mediana global de Lp (a) foi de 46.7 nmol/L (IQR 15.4–170.4), com 59.6% dos doentes apresentando Lp(a) < 75 nmol/L, 10.4% entre 75-125nmol/L, 30% Lp(a) > 125 nmol/L e 11.9% acima dos 250nmol/L.

Dos doentes com LDL ≤ 55 mg/dL, 27.3% tinham Lp(a) > 125 nmol/L e 4.5% > 250 nmol/L.

A distribuição de Lp(a) dos doentes internados por STEMI (Mdn= 50 nmol/L; IQR 19.5-177.5) não diferiu significativamente dos internamentos por SCA-NSTE (Mdn= 43.4nmol/L; IQR 12.5-152) (p-value=0.28).

Em doentes com história de cardiopatia isquémica, a mediana de Lp(a) foi de 85.6 (IQR 15.3-214.4) nmol/L. Apesar de superior, não foi observada diferença estatisticamente significativa (p-value=0.14) quando comparados aos doentes sem histórico prévio de cardiopatia isquémica, com uma mediana de 39.9 (IQR 15.3-130) nmol/L.

Conclusões

A Lp(a) encontra-se em valores considerados de alto risco cardiovascular (> 125 nmol/L) em 30% dos doentes internados por SCA, independentemente do subtipo de SCA. Nos doentes com LDL ≤ 55 mg/dL, mais de um quarto apresentou Lp(a) > 125 nmol/L, sugerindo que a Lp(a) pode ter um papel relevante na reclassificação de doentes já com risco cardiovascular elevado, motivando uma intensificação terapêutica e gestão de outros fatores de risco cardiovasculares.

Estes achados reforçam a importância da inclusão da Lp(a) na estratificação de risco cardiovascular, podendo influenciar futuras estratégias terapêuticas.

Quebrando Expectativas: Um Caso Raro e Agressivo de Mieloma Múltiplo

Daniela Pinheiro; Ricardo Ferreira; Anabela Nunes

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças hematológicas

Mieloma múltiplo de cadeia leves livres é um dos subtipos de mieloma menos frequentes, com curso mais agressivo e pior prognóstico. O envolvimento ósseo é comum e a presença de mais de três lesões líticas confere um prognóstico mais reservado. Fraturas patológicas são uma das formas mais frequentes de apresentação clínica de mieloma múltiplo, sendo o esqueleto axial o mais frequentemente afetado e o envolvimento de ossos longos menos frequente.

Apresentamos um caso de um homem, 58 anos, sem hábitos tabágicos com fratura da diáfise femural direita após queda da própria altura. Foi apurada sintomatologia de dor pleurítica à esquerda e coxalgia à direita com um mês de evolução, que não tinham motivado procura por cuidados de saúde. Adicionalmente, apresentava um derrame pleural exsudativo crónico condicionando atelectasia do pulmão homolateral e desvio contralateral do mediastino e ainda presença de uma massa de dimensões significativas partindo da 8ª costela, envolvendo a aorta descendente em mais de 75% da sua circunferência. Investigação etiológica veio a revelar um mieloma múltiplo de cadeias leves livres kappa, com 52% infiltração plasmocitária e envolvimento ósseo múltiplo (múltiplas costelas, corpos vertebrais, esterno, íliaco, sacro e região petroclival esquerda). Durante toda a investigação nenhum dos outros eventos CRAB esteve presente além das lesões líticas. À posteriori, os resultados anatomopatológicos do líquido pleural e amostra óssea de fratura confirmaram infiltração plasmocítica. À data doente com boa resposta terapêutica, com normalização sérica de cadeia kappa livres após terapêutica quádrupla seguido de transplante autólogo de medula óssea.

Este caso ilustra uma forma agressiva e incomum de mieloma múltiplo de cadeias leves livres, destacando a importância de um diagnóstico precoce e da investigação detalhada em pacientes com fraturas patológicas e sintomas inespecíficos e da importância da abordagem multidisciplinar.

Comparison of Risk Profiles and Outcomes in STEMI vs NSTEMI Patients: A Retrospective Analysis

Rita Noversa de Sousa; Andreia Sá Lima; Mariana Lobo; Sara de Sousa; Susana Viana; João Caiano Gil

ULS MATOSINHOS HOSPITAL PEDRO HISPANO

Tema: Doenças cardiovasculares

Introduction

ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI) and non-STEMI (NSTEMI) share common atherothrombotic pathophysiology, but represent distinct clinical entities within the spectrum of acute coronary syndrome (ACS), as they differ in presentation, vascular risk factor (VRF) burden and outcomes. Understanding these characteristics can aid in optimizing risk stratification and management.

Objective

To compare the VRF, disease burden and clinical outcomes between patients with STEMI or NSTEMI.

Materials and Methods

A retrospective observational study included patients hospitalized with a MI diagnosis from January 2019 to December 2023. Patients were categorized into STEMI (n=190) or NSTEMI (n=327), along baseline demographics, VRF [smoking, dyslipidemia (DL), hypertension (HT), diabetes (DM), and prior coronary artery disease (CAD)] and other comorbidities [chronic kidney disease (CKD), arterial peripheral disease (APD), heart failure (HF) and atrial fibrillation (AF)]. Left ventricular ejection fraction was stratified as preserved (pEF, $\geq 50\%$), mildly reduced (41–50%) or reduced ($\leq 40\%$). Coronary disease burden (uni-/multivessel disease) and major adverse cardiovascular and cerebrovascular events (MACCE) at 1-year follow up were compared. Categorical variables were compared using Fisher's exact test.

Results

NSTEMI patients were on average older than STEMI patients (65.0 vs 62.3 years) and had higher prevalence of traditional VRF, including DM (38.5% vs 26.3%, $p=0.005$) and HT (70.9% vs 56.3%, $p=0.001$), but not DL (84.7% vs 85.3%, $p=0.899$) or smoking (62.7% vs 67.9%, $p=0.253$). Prior CAD (22.0% vs 12.1%, $p=0.005$) and family history of CAD (15.9% vs 12.6%, $p=0.368$) were also more common in NSTEMI. Additionally, NSTEMI patients had a significantly higher prevalence of CKD (14.1% vs 5.3%, $p=0.002$), APD (12.2% vs 4.7% $p=0.005$), HF (13.2% vs 3.7%, $p=0.001$), and AF (11.0% vs 5.3%, $p=0.036$).

NSTEMI patients had significantly higher rates of pEF compared to STEMI (199 vs 81), while STEMI patients exhibited a higher proportion of LVEF impairment. The difference in LVEF distribution between groups was statistically significant ($p=0.0002$).

Coronary angiography findings revealed that multivessel disease was more prevalent in NSTEMI (54.7% vs 36.2%, $p<0.0001$), whereas single-vessel disease predominated in STEMI. Regarding clinical outcomes, NSTEMI patients exhibited slightly higher, yet statistically non-significant, rates of AMI recurrence (4.0% vs 3.2%, $p=0.809$) and MACCE (18.9% vs 15.2%, $p=0.338$). All-cause mortality (8.0% vs 4.2%, $p=0.139$) and cardiovascular mortality (3.4% vs 2.6%, $p=0.795$) were also increased in NSTEMI.

Conclusion

NSTEMI patients tend to be older, have a greater burden of cardiovascular comorbidities and more frequently present with multivessel disease compared to STEMI patients. The higher prevalence of multivessel disease in NSTEMI suggests more chronic and diffuse atherosclerosis rather than large acute infarcts. Over time, the myocardium may develop adaptive mechanisms, as ischemic preconditioning and collateral vessel recruitment, limiting the extent of myocardial damage. On the other hand, the hallmark of STEMI is a complete occlusion of a coronary artery, leading to transmural infarction, extensive myocardial necrosis, and therefore greater impairment of LVEF. These nuances highlight the importance of tailored risk stratification and targeted therapeutic strategies for both populations.

Adherence to Guideline - Recommended Treatment in Acute Coronary Syndrome: A Real-World Analysis

Sara de Sousa; Andreia Sá Lima; Mariana Lobo; Susana Viana; Rita Novera de Sousa; João Caiano Gil

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Tema: Doenças cardiovasculares

Introduction

The 2023 European Society of Cardiology Guidelines for management of acute coronary syndrome (ACS) recommend 1) beta-blockers (BB) in all ACS patients with left ventricular ejection fraction (LVEF) $\leq 40\%$ regardless of heart failure (HF) symptoms, 2) renin-angiotensin-aldosterone system (RAAS) inhibitors if presenting HF symptoms, LVEF $\leq 40\%$, diabetes (DM), hypertension (HT), and/ or chronic kidney disease (CKD), and 3) mineralocorticoid receptor antagonists (MRA), with an LVEF $\leq 40\%$ and HF or DM. Additionally, in all ACS patients regardless of LVEF, routine BB and RAAS inhibitors should be considered. Beyond the scope of the aforementioned guidelines, sodium-glucose cotransporter2 inhibitors (SGLT2i) have demonstrated significant benefits in patients with HF, DM, and CKD, though their impact in ACS patients without these conditions remains unproven. This study evaluates adherence to these recommendations in a real-world setting.

Objective

To assess the prescription patterns of guideline-recommended therapy in ACS patients, stratified by LVEF and comorbidities.

Materials and Methods

We retrospectively analyzed 534 ACS patients. After excluding 10 in-hospital deaths and 3 patients without echocardiography, 521 patients were included. They were categorized as reduced LVEF - rEF ($\leq 40\%$, n=110), mildly reduced LVEF - mrEF (41-49%, n=108), and preserved LVEF - pEF ($\geq 50\%$, n=303). Prescription rates of BB, ACEi (angiotensin-converting enzyme inhibitors), angiotensin receptor antagonists (ARA), MRA and SGLT2i were analyzed based on LVEF and comorbidities (DM, HT, CKD, HF history).

Results

Among patients with rEF, 103 (93.6%) were discharged on BB. Of the 85 patients meeting criteria for RAAS inhibition, 71 (83.5%) received RAAS blockade: 34 (40.0%) with an ACEi and 37 (43.5%) with an ARA. Among 50 patients with an indication for MRA (HF or DM), 35 (70.0%) were prescribed at discharge.

For all ACS patients, regardless of LVEF, BB therapy was prescribed in 455 (87.3%) and RAAS inhibition was provided to 266 (51.1%) via ACEi and to 92 (36.7%) via ARA, leading to an overall RAAS inhibition rate of 87.8% at discharge.

A total of 127 patients (24.4%) were prescribed SGLT2i - notably, 64 patients received SGLT2i despite lacking established indications, although 11 exhibited new HF symptoms and 2 were already on SGLT2i prior. However, 151 patients with at least one of the guideline-recommended indications were not prescribed SGLT2i.

Discussion/Conclusion

Our findings reveal strong adherence to BB and reasonable RAAS blockade in LVEF $\leq 40\%$, according to guideline-based therapy indications. Notably, a significant proportion of mrEF and pEF patients also received these therapies, reflecting clinical judgment beyond standardized recommendations, highlighting the balance between guideline-driven care and individualized treatment.

SGLT2i use in ACS patients showcases both guideline adherence and emerging off-label prescriptions, suggesting growing recognition of its cardioprotective benefits. However, a significant gap remains, with 30% eligible patients not receiving therapy. These findings underscore the need for further evidence and guideline refinement on the role of SGLT2i in ACS. Evolving recommendations since 2019 (after the initiation of our data collection) may have influenced prescribing patterns, reinforcing the importance of continuous reassessment to align care with emerging data.

A importância do polimorfismo genético ATP2B1 no desenvolvimento da Obesidade

Inês Faustino¹; Ana Célia Sousa¹; Eduarda Moniz²; Vasco Nunes²; João Loja²; Mónica Jardim²; Elisa Caldeira²; Sofia Borges¹; Graça Guerra¹; Maria João Oliveira¹; Eva Henriques¹; Mariana Rodrigues¹; Sónia Freitas¹; Maria Isabel Mendonça¹; Roberto Palma Dos Reis³

¹ CENTRO DE INVESTIGAÇÃO DR.ª MARIA ISABEL MENDONÇA, SESARAM EPERAM

² CENTRO DE INVESTIGAÇÃO DR.ª MARIA ISABEL MENDONÇA, SESARAM EPERAM; SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, SESARAM EPERAM

³ FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE LISBOA/NOVA MEDICAL SCHOOL

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte no mundo. A obesidade é um importante fator de risco de DCV, estando também associada a outros fatores de risco como a diabetes, hipertensão e dislipidemia, que conjuntamente contribuem para um aumento exponencial do risco de DCV e da mortalidade associada. A obesidade é uma doença multifatorial, em que vários fatores comportamentais, ambientais e genéticos estão na génese desta importante síndrome. O gene do transportador 1 da ATPase Ca^{2+} (ATP2B1 A/G) localiza-se no cromossoma 12q21.3 e está associado à regulação e homeostase do cálcio celular. O cálcio desempenha um papel significativo na regulação do metabolismo energético e da adiposidade. O polimorfismo genético ATP2B1 tem sido largamente estudado em relação à sua associação com a hipertensão arterial, no entanto pouco se sabe quanto à sua associação à obesidade.

Objetivo

Investigar a associação entre o polimorfismo do gene ATP2B1 A>G, com o aparecimento de obesidade numa população de indivíduos não hipertensos.

Métodos

Foi feito um estudo caso-controlo em 852 indivíduos não hipertensos, consoante tinham ou não obesidade (considerada quando índice de massa corporal $\geq 30 \text{ kg/m}^2$). Foram avaliadas, nos dois grupos, as variantes polimórficas do gene ATP2B1 e calculados os Odds Ratio (OR) sob os modelos de hereditariedade, dominante e recessivo. Por fim, foi feita uma análise multivariada para avaliar se o gene ATP2B1 se associava de forma significativa e independente com a obesidade ajustado para os factores de risco: idade, sexo, diabetes, sedentarismo, dislipidemia e abuso de álcool. A análise dos dados foi feita através do *software* estatístico SPSS versão 25.0. Usámos como limiar de significância o valor de $p < 0,05$.

Resultados

Dos 852 indivíduos estudados, 127 eram obesos (48,8% sexo masculino; idade média $50,9 \pm 7,7$ anos) e 725 não obesos (48,7% sexo masculino; idade média $50,6 \pm 7,7$ anos). A variante genética GG ATP2B1 surgiu com maior frequência no grupo dos obesos em comparação com os controlos, com $\text{OR} = 4,18$ (IC 95%: 1,75-9,99; $p = 0,0005$) no modelo recessivo. Após análise multivariada, apenas o genótipo GG ATP2B1 e a dislipidemia foram preditores independentes de obesidade na população estudada com $\text{OR} = 4,08$ (IC 95%: 1,69-9,85; $p = 0,002$) e $\text{OR} = 2,02$ (IC 95%: 1,29-3,16; $p = 0,002$), respectivamente.

Conclusão

A variante genética GG ATP2B1 associou-se ao aparecimento de obesidade numa população de indivíduos não hipertensos de forma significativa e independente. Este resultado aponta para a existência de alterações genéticas que favorecem o aparecimento da obesidade. Os indivíduos que são portadores desta variante genética têm maior predisposição para a obesidade, devendo ter especial cuidado em termos comportamentais, para contrariar esta tendência genética e reduzir assim o risco de obesidade e de doença cardiovascular.

Cateter peritoneal de longa duração em contexto paliativo: estudo unicêntrico retrospectivo

José Nuno de Magalhães; Ana Martins Costa; Sara Vieira Silva

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÓNIO

Tema: Cuidados paliativos/ Hospitalização Domiciliária

Introdução

O derrame peritoneal refratário representa um desafio terapêutico em cenários de doença oncológica e não oncológica com critérios de terminalidade. A utilização de cateteres tunelizados de longa duração surge como alternativa às técnicas convencionais de evacuação, permitindo drenagem contínua, com eventual melhoria da qualidade de vida. O seu impacto no recurso aos cuidados de saúde e o perfil dos doentes que mais podem beneficiar desta intervenção está por determinar.

Objetivo

Avaliar o impacto da colocação de cateteres tunelizados de longa duração no recurso a cuidados de saúde no doente com derrame peritoneal refratário.

Material e Métodos

Estudo longitudinal, observacional e retrospectivo dos doentes adultos, com derrame peritoneal refratário, de etiologia oncológica e não oncológica, propostos para abordagem sintomática exclusiva, submetidos à colocação de cateter tunelizado de longa duração entre abril de 2017 e abril de 2023 num hospital terciário universitário. Recolha de dados demográficos, clínicos e de recurso aos cuidados de saúde através da consulta do registo clínico electrónico. Análise estatística descritiva com recurso ao R 4.4.2.

Resultados

Foram incluídos 21 doentes com idade média de 59,6 anos (desvio padrão de 10,7 anos), 57% (n=12) do sexo masculino, 90% (n=19) com doença oncológica e 43% (n=9) com ECOG ≥ 2 . O recurso ao serviço de urgência foi menor no período após colocação do cateter (média de 0,8 episódios $\pm 1,2$) face aos 6 meses prévios (média de $2,3 \pm 1,9$). O mesmo se verificou no recurso à consulta externa (média de 1,7 consultas $\pm 2,9$ vs. $7,4 \pm 5,1$). A frequência de internamentos manteve-se inalterada antes e depois da técnica (média de $0,43 \pm 0,68$ vs. $0,50 \pm 0,76$). O sucesso imediato na realização da técnica foi de 100% (n=21). Complicações imediatas ocorreram em 19% (n=4) dos doentes, entre as quais a dor aguda e o mau funcionamento do dispositivo foram as mais comuns. Complicações tardias surgiram em 24% (n=5), a saber: peritonite associada a cateter em 9,5% (n=2), e frequência sobreponível de 4,5% (n=1) de lesão renal aguda, desequilíbrios hidroelectrolíticos e dor com necessidade de ajuste de analgesia. A mediana de permanência do dispositivo foi de 22,5 dias (mínimo de 1, máximo de 124 e desvio padrão de 33,9 dias). Dois (9,5%) dos cateteres tiveram de ser removidos, um por obstrução e outro por dificuldade do doente na gestão do dispositivo.

Conclusões

A análise da experiência do uso de cateter peritoneal de longa duração sugere menor necessidade de recurso ao serviço de urgência e consulta externa, com aparente boa tolerância do dispositivo pelos doentes. O acompanhamento prospetivo após a colocação do cateter e avaliação com grupo controlo, poderá confirmar este benefício e ajudar a identificar que doentes são os melhores

Riscos de Gastropatias nos estudantes de Medicina da Universidade Privada de Angola

Frederico Tchimbenge

HOSPITAL MUNICIPAL DO ZANGO/ ANGOLA E ESTUDANTE DE MEDICINA NA UPRA

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Riscos de Gastropatias em Estudantes de Medicina da Universidade Privada de Angola em Estágio na fase clínica

Introdução

Os estudantes de Medicina enfrentam uma rotina intensa, caracterizada por longos períodos de estudo, plantões exaustivos e altos níveis de estresse, fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de gastropatias. O impacto de hábitos alimentares inadequados, privação do sono e uso indiscriminado de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) são elementos frequentemente associados a disfunções gastrointestinais. Assim, este estudo investiga os principais fatores de risco de gastropatias nos estudantes da Universidade Privada de Angola (UPRA) em estágio clínico no Hospital da Prenda, buscando compreender sua relação com a rotina acadêmica e hospitalar.

Objetivo

Identificar e analisar os principais fatores de risco de gastropatias nos estudantes de Medicina da UPRA durante o estágio clínico, avaliando hábitos alimentares, padrões de sono, níveis de estresse e uso de medicamentos.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa e qualitativa, realizado com 48 estudantes de Medicina da UPRA que se encontravam em estágio no Hospital da Prenda. Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário estruturado, que avaliou:

- **Perfil demográfico:** gênero, idade e nível de escolaridade.
- **Histórico de saúde:** presença de doenças prévias e uso de medicamentos.
- **Hábitos alimentares:** consumo de alimentos ricos em gorduras, fast food e cafeína.
- **Nível de estresse e padrões de sono:** tempo médio de descanso e sintomas relacionados.

Os dados foram analisados estatisticamente para determinar associações entre os fatores de risco e a presença de sintomas gastrointestinais.

Resultados

Os resultados evidenciaram uma elevada prevalência de fatores de risco para gastropatias entre os estudantes avaliados:

- **60%** nunca foram diagnosticados com gastropatia, mas apresentam sintomas sugestivos.
- **46%** consomem alimentos ricos em gorduras frequentemente.
- **83%** não realizam refeições em horários regulares, muitas vezes pulando refeições.
- **46%** consomem fast food regularmente.
- **54%** fazem uso frequente de cafeína (café, chá, refrigerantes energéticos).
- **81%** utilizam AINEs, aumentando o risco de lesões gástricas.
- **50%** apresentam níveis de estresse elevados.
- **56%** dormem menos de 6 horas por noite, o que pode afetar a função gástrica.
- **73%** não praticam atividade física regularmente, o que pode contribuir para o aumento do estresse e alterações metabólicas.

Os achados indicam que a maioria dos estudantes apresenta fatores predisponentes às gastropatias, ainda que sem diagnóstico prévio, evidenciando a necessidade de medidas preventivas.

Conclusões

A carga acadêmica dos estudantes de Medicina contribui para hábitos pouco saudáveis que aumentam os riscos de gastropatias. A alta prevalência de alimentação inadequada, estresse, privação do sono e uso indiscriminado de AINEs reforça a importância de estratégias preventivas, como programas educativos voltados à promoção da saúde digestiva e suporte psicológico. Medidas institucionais, como a flexibilização dos horários de refeições e campanhas de conscientização, podem minimizar os impactos negativos dessa rotina sobre a saúde dos futuros médicos.

Palavras-chave

Gastropatias, Estudantes de Medicina, Alimentação, Estresse, Sono, AINEs

Patologia oncológica na enfermaria de Medicina Interna: Análise retrospectiva de 2024

Rita de Almeida; Cláudio Gouveia; Joana Queirós; Alexandra Rodrigues; Cátia Martins; Teresa Faria

HOSPITAL DR. NÉLIO MENDONÇA

Tema: Doenças oncológicas

As neoplasias malignas representam uma comorbilidade cada vez mais frequente na população, assim como nos doentes internados nas enfermarias hospitalares. Este estudo retrospectivo pretendeu avaliar a preponderância desta patologia nos doentes internados no serviço de Medicina Interna em 2024.

A recolha e análise dos dados decorreu em fevereiro de 2025, tendo sido considerados os doentes com internamento no serviço de Medicina Interna com diagnósticos oncológicos quer na admissão, quer à data de alta. Foi critério de exclusão os doentes com antecedentes neoplásicos submetidos a procedimentos com intuito curativo e sem neoplasia ativa à data do internamento.

Desta forma, obteve-se uma amostra de 47 doentes, com uma incidência predominante no sexo feminino (57%). A faixa etária mais afetada, 53% dos casos, situava-se entre os 76 e 85 anos (n=25), correspondendo a uma mediana de 76 anos de idade.

No total da amostra, 49% (n=14) apresentavam doença metastizada, sendo as mais frequentes as metáteses ósseas e pulmonares (23%) seguidas das hepáticas (13%).

A análise dos dados demonstrou que 41% dos doentes foram diagnosticados com neoplasia maligna no decorrer do internamento, destes apenas 38% (n=9) apresentavam já doença metastizada. Ressalvam-se como queixas principais destes doentes anemia, seguida de alterações gastrointestinais inespecíficas como dor ou distensão abdominal, diarreia ou obstipação. Os restantes doentes internados foram doentes com história de neoplasia conhecida, cujos os motivos de internamento mais frequentes foram pielonefrite aguda, celulite e pneumonia adquirida na comunidade. Destes a maioria apresentava neoplasia do pâncreas ou do pulmão e 57% já apresentava doença metastática.

A maior parte dos doentes encontrava-se com baixo status funcional, não sendo candidatos a medidas terapêuticas oncodirigidas. À data da análise dos dados, verificou-se uma mortalidade de 68%. Como limitações do estudo, destaca-se o tamanho da amostra, podendo esta estar subvalorizada, sendo a patologia oncológica transversal a múltiplas especialidades médicas levando a internamentos noutros Serviços bem como eventuais variações da codificação dos diagnósticos de entrada e saída.

Concluiu-se que apesar dos doentes oncológicos internados na medicina interna serem frequentemente para investigação do tumor primário, verificou-se que uma quantidade significativa de doentes oncológicos foram também internados por intercorrências médicas.

Dado o aumento da prevalência de patologia oncológica na população, é imperativo que as enfermarias do serviço de Oncologia Médica e dos Cuidados Paliativos acompanhem este crescimento.

Bacteriemia por espécies de *Aeromonas*: um estudo retrospectivo num centro hospitalar terciário

Sofia Brasil¹; José Sousa-Baptista²; Gilberto Marques²; João Rocha Gonçalves²; Catarina Chaves²

¹ ULS COIMBRA

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

O género *Aeromonas*, bacilo Gram-negativo ubíquo em ambientes aquáticos, inclui mais de 30 espécies, das quais algumas são reconhecidas como patogénicas para os seres humanos. Estas infeções ocorrem principalmente por exposição direta à água ou pelo consumo de água e alimentos contaminados, apresentando-se com um amplo espectro de manifestações intestinais e extraintestinais. Indivíduos com comorbilidades, como cirrose hepática, doenças hepatobiliopancreáticas e patologia oncológica, têm maior risco de infeção. A infeção causada por *Aeromonas spp* pode representar um risco importante por tendência à produção de beta-lactamases codificadas cromossomicamente, com compromisso da eficácia do tratamento antimicrobiano. Considerando o risco de seleção de subpopulações resistentes, o uso de antibióticos beta-lactâmicos (com exceção das cefalosporinas de quarta geração) deve ser evitado.

Objetivos

Analisar as infeções da corrente sanguínea causadas por espécies de *Aeromonas*, os respetivos perfis de resistência antimicrobiana e as terapêuticas antimicrobianas instituídas.

Materiais e métodos

Realizou-se uma análise retrospectiva de todos os episódios de bacteriemia com isolamento de espécies de *Aeromonas* num período de 8 anos (janeiro de 2016 e dezembro de 2023), num hospital terciário em Portugal.

Resultados

Durante o período de estudo foram identificados 23 doentes com bacteriemia por *Aeromonas spp*, 65% dos quais homens e, tendo 87% dos indivíduos mais de 65 anos. As condições clínicas mais comumente associadas foram as doenças hepatobiliopancreáticas. A maioria das infeções (77,9%) foi adquirida na comunidade e 39% correspondeu a bacteriemia polimicrobiana. Sete doentes (30,4%) desenvolveram choque séptico e 5 faleceram (21,7%). Verificou-se que todos os isolados eram sensíveis à ciprofloxacina (n=19/19 testados), ceftazidima (n=19/19 testados), trimetoprim-sulfametoxazol (n=15/15 testados), cefepima (n=13/13 testados), aztreonam (n=6/6 testados) e levofloxacina (n=12/12 testados).

A piperacilina-tazobactam em monoterapia foi o antibiótico empírico mais amplamente adotado (44% dos casos). Após a identificação do agente etiológico, foi modificada a antibióterapia em mais de metade dos casos, sendo as fluoroquinolonas a escolha mais frequente (22%).

Conclusões

Embora a bacteriemia por *Aeromonas* seja rara, esta tem o potencial de ser fatal. O presente estudo demonstrou uma baixa incidência de isolados de *Aeromonas* resistentes aos antibióticos testados, tendo-se verificado uma gestão antibiótica apropriada em 64% dos casos.

Utilização de recursos de saúde no último ano por parte de uma população de doentes internados

Mariana Lança de Oliveira; Lígia Antunes Gonçalves; Telma Costa Cabral; João Cafôfo; Madalina Gututui; Pedro Moules; Rita Palma Féria; Catarina Bico Filipe; Marta Teodoro; Ana Cristina Grilo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

Tema: Organização, gestão e qualidade de serviços de saúde

Introdução

O acesso aos cuidados de saúde é um direito consagrado na constituição. Em 2023, a probabilidade de ter mais de 65 anos e ter um episódio de doença foi superior a 50% e a probabilidade de recorrer ao setor público 87%. A falta de especialistas em medicina geral e familiar tem sido debatida, sendo que em 2023, a probabilidade de ter médico de família foi de 80%.

Objetivo

Conhecer a utilização de recursos de saúde no último ano por parte dos doentes internados no serviço de medicina interna

Material e métodos

Estudo transversal de um dia de 120 doentes internados no Serviço de Medicina Interna. Dados colhidos através da consulta do processo clínico: dados demográficos, médico de família atribuído, data de última consulta, consultas hospitalares e data da última, número de idas ao serviço de urgência (SU) e número de internamentos de fevereiro de 2024 a fevereiro de 2025.

Resultados

Dos 120 doentes incluídos, a idade média foi 76.46 anos. 86.67% (n=104) têm médico de família atribuído, desses, 77.88% (n=78) teve consulta no último ano. Do total, 50% (n=60) tiveram consultas de especialidade hospitalar, nomeadamente 63.95% (n=94) de especialidades médicas, 21.09% (n=31) médico-cirúrgicas e 14.97% (n=22) cirúrgicas: 20 consultas de medicina interna; 13 de oftalmologia; 10 de neurologia; 8 de cardiologia e dermatologia; 7 de ortopedia, nefrologia e pneumologia; 6 de oncologia médica, cirurgia geral e psiquiatria; 5 de otorrinolaringologia e medicina física e reabilitação; 4 de cirurgia vascular e gastroenterologia; 3 de imunohemoterapia, hematologia, endocrinologia e urologia; 2 de patologia mamária, anestesiologia, ginecologia e obstetrícia, imunoalergologia, cirurgia cardiotorácica e, infecciológica; e, 1 de reumatologia, dor, doenças auto-imunes, hepatologia, radioterapia, neurocirurgia e medicina intensiva. No último ano recorreram 311 vezes ao SU do hospital de área de residência, o que se traduziu em 230 internamentos, correspondendo a 73.95% das idas ao SU. Por fim, 10.83% (n=13) recorreram a consultas particulares.

Conclusões

Face ao aumento da esperança média de vida e consequente aumento da prevalência das doenças crónicas, é essencial aferir as necessidades em saúde para programação e otimização de recursos. Apesar de 86.67% dos doentes ter médico de família atribuído, a elevada recorrência ao SU com taxa de internamento de 73.95%, pressupõe uma real dificuldade de acesso aos cuidados primários com impacto directo na orientação diagnóstica, referência hospitalar atempada e controlo da doença crónica. Um número de utentes por médico de família desajustado, com elevados tempos de espera por consulta, seja ela programada ou não, pode justificar este facto. Dificuldades financeiras que comprometem a adesão terapêutica, assim como a falta de literacia para a saúde são outros fatores a ter em conta. Urge uma abordagem multifactorial, de desenvolvimento económico e social, para obtenção de anos de vida com qualidade e menores custos.

Rastreios populacionais oncológicos em doentes internados no serviço de medicina interna

Mariana Lança de Oliveira; Rita Palma Féria; Pedro Moules; Lúgia Antunes Gonçalves; Telma Costa Cabral; João Cafôfo; Catarina Bico Filipe; Madalina Gututui; Marta Teodoro; Ana Cristina Grilo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

O rastreio oncológico tem como objetivo identificar a doença em indivíduos assintomáticos para reduzir morbilidade e mortalidade. Em Portugal existem 3 em vigor: cancro colorretal (pesquisa de sangue oculto nas fezes dos 50-74 anos; cancro da mama (mamografia dos 50-69 anos); e, cancro do colo do útero (citologia cervical dos 20-30 aos 60 anos). Apesar de ainda não ser implementado, o rastreio do cancro do pulmão com TC torácica em fumadores ou ex-fumadores (há menos de 10 anos) entre os 50 e 75 anos, tem vindo a ser associado a maior sobrevivência.

Objetivo

Saber se os doentes internados no serviço de medicina interna têm os rastreios populacionais atualizados e se teriam critérios para ser incluídos num rastreio do cancro do pulmão.

Material e métodos

Estudo transversal de um dia dos 120 doentes internados no Serviço de Medicina Interna. Os dados foram colhidos através de consulta do processo clínico, com avaliação de: dados demográficos, hábitos tabágicos, médico de família atribuído, data de realização de rastreios populacionais.

Resultados

A idade média foi 76.46 anos e dos doentes elegíveis para o rastreio do cancro colorretal (n=37), 43.24% (n=16) tem o mesmo atualizado e 56.76% (n=21) não têm. Dos não elegíveis por ultrapassarem o limite de idade (n=79), 44.30% (n=35) teriam o rastreio atualizado aos 74 anos. Quanto ao rastreio do cancro da mama, 57 indivíduos são do sexo feminino, porém 82.46% (n=47) está fora das idades a incluir. Das restantes (n=10), 40% (n=4) têm o rastreio atualizado e 60% (n=6) não têm. Das que ultrapassam a idade máxima (n=46), 36.96% (n=17) teriam o rastreio atualizado aos 69 anos. Em relação ao rastreio do cancro do colo do útero, as elegíveis (n=5) não o têm atualizado. Das não incluídas por ultrapassarem a idade, 5.77% (n=3) teriam o rastreio atualizado aos 60 anos. Quanto ao rastreio do cancro do pulmão, 15.83% (n=19) são fumadores e desses, 57.89% (n=11) teriam critérios para o rastreio. Por fim, importa referir que 86.67% tem médico de família atribuído.

Conclusões

Em 2023 a adesão ao rastreio do cancro colorretal foi 54%, sendo convidada 32% da população elegível. Para o rastreio do cancro da mama, foram convidadas 98.7%, com adesão de 56.2%. A adesão ao rastreio do cancro do colo do útero foi 94% e foi convidada 59% da população elegível. Nesta amostra, a taxa de cobertura está abaixo do esperado, contudo a maioria encontra-se fora da idade de inclusão, tendo os rastreios vindo a ser mais organizados nas últimas décadas. Apenas uma parte da população elegível tem sido convidada, o acesso aos dados está dependente do registo informático e de serem feitos no serviço público. No caso do rastreio do cancro do colo do útero, até 2017 tinha diferentes modalidades conforme a região. Deve continuar a encorajar-se literacia de saúde para a importância dos rastreios, parecendo existir potencial para o rastreio do cancro do pulmão, o segundo mais frequente e o que causa maior mortalidade.

Diabetes Gestacional em Grávidas Estrangeiras: estudo de casos seguidos numa maternidade portuguesa

Christine Canizes; Bernardo Belchior; Sofia Brasil; José Seabra de Brito; Joana Paixão; Fátima Silva

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

Em Portugal, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística, em 2023, 21,9% dos nascimentos foram de mães estrangeiras, comparado a 10,6% em 2010. O aumento de mulheres migrantes no nosso sistema de saúde, muitas vezes associadas ao “turismo de parto”, impõe vários níveis de desafios, um deles prende-se com o acesso ao histórico clínico, sendo que, por exemplo, a diabetes, tanto prévia quanto gestacional (DG), é um importante fator de risco para desfechos adversos maternos e fetais. O diagnóstico precoce e o controlo glicémico rigoroso são cruciais para melhores resultados.

Objectivo

Descrever as características clínicas e demográficas de grávidas estrangeiras com diabetes gestacional, e avaliar o impacto do controlo glicémico nos desfechos gestacionais.

Material e Métodos

Estudo observacional, retrospectivo, incluindo grávidas estrangeiras, com diabetes gestacional, seguidas em consulta de Diabetologia numa maternidade de um hospital central, entre 1 de Janeiro de 2024 e 28 de Fevereiro de 2025. A análise estatística realizou-se através do software Jamovi®.

Resultados

De uma amostra de 668 grávidas acompanhadas em consulta de Diabetologia numa maternidade de um hospital central foram seleccionadas as grávidas estrangeiras (n=114, 17% do total). A média de idades foi de $32 \pm 6,1$ anos, sendo o Brasil o país de origem mais prevalente, representando 50% (n=57) das participantes, seguido por Angola com 7% (n=8) e Bangladesh com 6,1% (n=7). A média de gestações prévias foi de $2,2 \pm 1,3$, e 17,5% (n=20) apresentaram histórico de diabetes gestacional (DG).

A maioria dos casos de DG foi diagnosticada no 2º trimestre (59,6%, n=68), 37,7% no 1º trimestre (n=43), e uma pequena percentagem detectada no 3º trimestre (2,6%, n=3). A glicemia média no diagnóstico do 1º trimestre foi de 92,3 mg/dL, enquanto os valores médios de teste de tolerância à glicose (PTGO) no 2º trimestre foram de $98,3 \pm 0,3$ mg/dL (0 min), $196 \pm 1,6$ mg/dL (60 min) e $161 \pm 0,9$ mg/dL (90 min). Não foram identificadas grávidas com Diabetes na Gravidez.

Todas as grávidas foram acompanhadas em consulta de nutrição, sendo as medidas higieno-dietéticas o principal pilar do tratamento; 29,8% (n=34) das grávidas iniciaram terapêutica medicamentosa: 28,1% com metformina (dose média de 1000 mg/dia), e 7,8% foram insulinizadas; apenas duas não estavam também sob antidiabéticos orais.

No que concerne ao tipo de parto, 14% das grávidas foram submetidas a cesariana. A média de semanas de gestação no momento do parto foi de 37 semanas e 2 dias, com um percentil de crescimento fetal médio de 65,6% (apenas 3,5% com macrosomia). As infecções no pós-parto foram a complicação materna mais frequente (4,4%, n=5); a icterícia neonatal (5,3%, n=6) e as hipoglicémias (2,6%, n=3) foram as complicações fetais mais frequentes.

No seguimento pós-parto, a PTGO de reclassificação média foi de 98,6mg/dL em jejum, sendo que apenas 3% tiveram valores compatíveis com Diabetes Mellitus.

Discussão e Conclusão

Embora este estudo represente apenas uma amostra da realidade nacional, é possível concluir que o seguimento das grávidas estrangeiras, a sua abordagem terapêutica e as complicações associadas à diabetes gestacional, são sobreponíveis aos dados das grávidas nacionais (de acordo com registo nacional DG 2022), revelando um acesso igualitário aos cuidados obstétricos e neonatais fruto de uma adequada consciencialização e orientação por parte do nosso sistema de saúde.

Impacto do risco nutricional e o benefício da nutrição clínica numa enfermaria de Medicina Interna

Beatriz Santos Caldeira; Tiago Cunha; Filipe Costa; Diogo M. Rodrigues; Pedro Maia Neves; Marta Vaz de Matos; Inês Marques Ferreira; Ana Pais Monteiro; Sofia Almeida; Inês Amorim Pereira; Ana Rubim Correia; Mariana Costa; Inês Duro; Ana Martins da Costa; Victor Marquez; João Poejo Gomes; Judite Antas; Paulo Jorge O Ferreira; João Parodi; Sofia Rodrigues; Sara Dourado; Emanuel Silva Pereira; André Jesus; Márcia Costa; Rute Sousa Martins; Ana Reinas; Márcia Cravo; João Maia; Mykhailo Iashchuk; Raquel Pereira; Ana Craveiro; Susana Costa; Fernando Pichel; João Araújo Correia; Ricardo Marinho

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÓNIO

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A malnutrição hospitalar constitui um problema prevalente e frequentemente subdiagnosticado, sendo um desafio crescente para os sistemas de saúde. O reconhecimento do seu impacto negativo nos *outcomes* clínicos levou à implementação obrigatória no país do rastreio nutricional à admissão hospitalar desde 2019. Contudo, apesar de se realizar o rastreio, a malnutrição continua a ser pouco valorizada e abordada durante o internamento hospitalar.

Objectivo

Avaliar o impacto clínico do risco nutricional nos doentes admitidos numa enfermaria de Medicina em 2023 e o efeito da nutrição clínica.

Métodos

Foram incluídos no estudo doentes internados num Serviço de Medicina entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2023. Aplicou-se o *Nutritional Risk Screening 2002* para identificar o risco de malnutrição e o software IBM SPSS v.27 ($p < 0.01$) na análise estatística.

Resultados

Foram considerados 1150 doentes hospitalizados, com média de idades de $71,79 \pm 17,28$ anos e predomínio feminino (57%). Globalmente, apresentaram mediana de 10 dias de internamento (IQR=14), taxa de mortalidade de 17,1% ($n=197$) e Índice de Charlson médio de $5,18 \pm 3,32$. O rastreio nutricional foi positivo em 42,4% ($n=488$). Estes doentes com risco nutricional eram mais idosos ($77,39$ vs $67,67$ anos, $p < 0,001$), apresentavam maior Índice de Charlson ($5,93$ vs $4,63$, $p < 0,001$), tempo de internamento superior (mediana 13 vs 9 dias) e maior mortalidade (29,1% vs 8,3%). Apenas 25,6% ($n=125$) dos doentes com risco nutricional realizaram suplementação nutricional. Utilizando a regressão de COX para a mortalidade, os principais fatores de risco identificados foram o Índice de Charlson (aumento de 10% por cada ponto, $p < 0,001$) e o risco nutricional (duplica o risco, $p < 0,001$). Considerando apenas os doentes com risco nutricional, o aumento do Índice de Charlson foi um fator de risco para mortalidade (aumento de 7,6% por cada ponto, $p = 0,007$) e o uso de nutrição clínica teve um efeito protetor com uma redução da mortalidade de 52% ($p < 0,001$). Contudo, os doentes com nutrição clínica apresentaram um maior tempo de internamento (mediana de 26 vs 11, $p < 0,001$).

Conclusão

A prevalência de risco nutricional (42,4%) observada neste estudo é consistente com o que tem vindo a ser documentado na literatura. Os resultados confirmam o impacto negativo do risco nutricional nos *outcomes* clínicos, com aumento significativo do tempo de internamento e da mortalidade, independentemente das comorbilidades. Destaca-se o efeito protetor da nutrição clínica, com redução da mortalidade em 52% dos doentes com risco nutricional. Este estudo confirma o risco nutricional como fator prognóstico independente em doentes hospitalizados e demonstra o impacto positivo da nutrição clínica na sobrevida. É fundamental implementar estratégias sistemáticas de rastreio e intervenção nutricional precoce, como forma de melhorar os *outcomes* hospitalares e otimizar os recursos em saúde.

“Oral is the new IV” – Transição de antibioterapia endovenosa para oral

Rita Féria; Pedro Moules; Telma Costa Cabral; João Cafôfo; Lúgia Antunes Gonçalves; Catarina Bico Filipe; Mariana Lança Oliveira; Madalina Gututui; Ana Cristina Grilo; Fernando Martos Gonçalves

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A transição precoce da via endovenosa para a via oral apresenta benefícios importantes, incluindo diminuição de infeções associadas a cateteres, melhoria do conforto e mobilidade do doente, diminuição de dias de internamento e custos associados.

Apesar dos reconhecidos benefícios e apesar da ausência compromisso de eficácia, a antibioterapia endovenosa continua a ser prescrita mais tempo do que clinicamente indicado.

Objetivo

Este estudo teve como objetivo caracterizar a via de antibioterapia escolhida nos doentes internados num serviço de medicina interna, bem como identificar os motivos para a sua escolha e identificar potencial para transição precoce para via oral.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo transversal de um dia dos 120 doentes internados no Serviço de Medicina Interna, tendo sido colhidos dados através de consulta do processo clínico, com avaliação de: caracterização clínica, diagnóstico registado de foco infeccioso, isolamentos microbiológicos, antibioterapia realizada, via de antibioterapia e transição para antibioterapia oral, motivo para não transição (clínica infecciosa, via entérica, antibiótico de administração endovenosa exclusiva, foco infeccioso).

Resultados

Mais de metade dos 120 doentes internados (65%, n=78) tinha infeção bacteriana documentada, sendo a causa infecciosa o motivo de internamento em 43% dos doentes (n=51) e intercorrência em 23% (n=27). As infeções mais frequentes foram a respiratória (50%, n=39) e a urinária (28%, n=22), registando-se ainda infeção tecidos moles (5%, n=4) e infeção osteoarticular (3%, n=2).

A grande maioria dos doentes realizou pelo menos um período de antibioterapia endovenosa (78%, n=61), dos quais 57 doentes (73%) realizou o curso antibiótico completo por via endovenosa e apenas 4 doentes (5%) realizou transição para via oral.

Nos doentes que não realizaram transição para antibioterapia oral, o motivo mais frequente foi a manutenção de antibiótico de administração endovenosa exclusiva (40%, n=23), em 40% (n=10) dos casos dirigido a isolamento microbiológico. Registaram-se ainda como motivos de não transição a ausência de via entérica adequada (9%, n=5) e foco não adequado a transição precoce (12%, n=7), como infeções osteoarticulares e bacteriémias a agentes gram positivos.

Nos restantes 39% (n=22) não foi apurado motivo para manutenção de via endovenosa.

Conclusões

Este estudo revela que uma elevada percentagem dos doentes a realizar antibioterapia endovenosa no internamento teria beneficiado da transição para antibioterapia oral.

Apesar dos reconhecidos benefícios clínicos, económicos e centrados no doente desta transição, este estudo revela ainda uma resistência a esta prática, reforçando a necessidade da sensibilização para uma avaliação sistemática da via de antibioterapia e transição precoce quando indicado.

“First do no harm... to the kidney” – Lesão renal nos primeiros dias de internamento

Rita Féria; Pedro Moules; Telma Costa Cabral; João Cafôfo; Lúgia Antunes Gonçalves; Catarina Bico Filipe; Mariana Lança Oliveira; Madalina Gututui; Ana Cristina Grilo; Fernando Martos Gonçalves

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

Tema: Doenças renais

Introdução

A lesão renal é frequente nos doentes internados e está associada a um risco aumentado de morbimortalidade. Apesar de nem todos os casos de lesão renal serem evitáveis por se associarem a doença subjacente ou complicação de terapêutica necessária, uma parte poderá ser prevenível.

Objetivo

Este estudo teve como objetivo caracterizar a prevalência de lesão renal e a sua evolução nos primeiros dias de internamento nos doentes de um serviço de medicina interna, bem como descrever factores contribuintes para a mesma.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo transversal de um dia dos 120 doentes internados no Serviço de Medicina Interna, tendo sido colhidos dados através de consulta do processo clínico, com avaliação de: caracterização clínica, creatinina sérica prévia, à admissão e em reavaliações nas primeiras 24, 48 e >48 horas, presença de critérios de lesão renal, parâmetros hemodinâmicos, prescrição de diuréticos, fluidos ou fármacos nefrotóxicos neste período.

Resultados

A média de idades verificada foi de 76 anos, com uma distribuição equitativa entre os sexos. A salientar como principais comorbilidades a hipertensão arterial (75%, n=91), diabetes mellitus tipo 2 (38%, n=45), insuficiência cardíaca (28%, n=34) e obesidade (26%, n=31). Destaca-se ainda a presença de doença renal crónica em 21% dos doentes (n=25). Os motivos de internamento mais frequentes foram as infeções (45%, n=54) e as doenças cardiocerebrovasculares (38%, n=45).

A lesão renal encontrava-se presente à admissão em 27% dos doentes (n=32), evoluindo nas primeiras 72 horas favoravelmente em 47% (n=15) e desfavoravelmente em 53% (n=17).

Nas primeiras 24 horas de internamento verificou-se o aparecimento de critérios de lesão renal aguda em 10% dos doentes (n=12), com um aumento para 11,7% (n=14) nas primeiras 48 horas e 24,2% (n= 29) nas primeiras 72 horas.

Do ponto de vista hemodinâmico 15% dos doentes (n=18) teve pelo menos um registo de hipotensão com PAS<100mmHg. Neste período 38% dos doentes (n=45) tiveram diuréticos prescritos, 28% (n=33) fluidoterapia e 19% (n=23) outros nefrotóxicos (contraste iodado (n=15), anti-inflamatórios não esteróides (n=3) e vancomicina/gentamicina (n=4)).

Conclusões

Este estudo alerta para uma elevada prevalência de desenvolvimento de lesão renal durante o período inicial de internamento, sendo que, apesar de não permitir inferir causalidade, salienta a iatrogenia como possível factor preponderante.

DIAGNÓSTICO CÉLERE DE NEOPLASIAS EM UNIDADE DE AMBULATÓRIO DE MEDICINA INTERNA

Hilda Marta; Natália Lopes; Joana Carvalho; Fernando Salvador

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

A Medicina Interna desempenha um papel fundamental no diagnóstico de doenças oncológicas. A Unidade Clínica de Ambulatório Médico (UCAM) permite uma abordagem individualizada e abrangente em regime de ambulatório com avaliação de exames complementares no próprio dia de consulta, sem necessidade de internamento, permitindo assim um diagnóstico mais célere de doença, como a neoplasia. Esta a estrutura proporciona um cuidado holístico do doente e um encaminhamento ágil para as especialidades adequadas e garante um cuidado integral e eficaz.

Objetivo

Analisar a eficiência da abordagem clínica na UCAM na deteção precoce de sinais e sintomas de doenças oncológicas e consequente impacto no diagnóstico precoce do cancro.

Material e Métodos

Estudo observacional e retrospectivo que incluiu todos doentes observados na UCAM entre janeiro e agosto de 2024. Os dados foram obtidos através da revisão dos processos clínicos (SCLínico ®)

Resultados

Foram incluídos 330 doentes com idade média de 70 anos, dos quais 60% (n=199) eram do sexo feminino. 45% (n=147) foram encaminhados do serviço de urgência. Os motivos de encaminhamento mais frequentes foram anemia em 30% (n=100) e síndrome constitucional em 14% (n=46) dos doentes. O tempo até a primeira consulta na UCAM foi inferior a 1 mês em 94% (n=310) dos doentes com uma média de 3 consultas até ao diagnóstico. Do total dos doentes avaliados 10% (n=34) tinham diagnóstico de neoplasia, sendo o cancro de origem hematológico o mais frequente com 32% (n=11) dos casos, seguido da neoplasia pulmonar com 29% (n=10) e neoplasia da mama em 24% (n=8). No momento do diagnóstico oncológico, 88% (n=30) apresentavam ECOG-0. Em 76% (n=26) dos doentes o tempo até a primeira consulta de Oncologia ou Hematologia foi inferior a 1 semana.

Conclusões

Na nossa casuística, 34 (10%) dos doentes foram diagnosticados com cancro, sendo encaminhados para consulta de Oncologia ou Hematologia em menos de 1 semana. Este trabalho destaca a importância da avaliação clínica realizada na UCAM, que possibilita a identificação célere de sintomas que podem levar ao diagnóstico de neoplasia.

Derrames pericárdicos num Serviço de Medicina

Sara Quintas; Inês Carvalho Santos; Diana Marques; Teresa Fonseca; António Martins Baptista; Liliana R Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

As etiologias do derrame pericárdico são variadas e exigem investigação etiológica detalhada. Estas podem ser divididas em causas inflamatórias ou não inflamatórias. No entanto, uma parcela significativa dos casos permanece idiopática.

Objetivo

Explorar a etiologia dos derrames pericárdicos, investigar a relevância dos parâmetros bioquímicos do soro e do líquido pericárdico, bem como a citologia do líquido pericárdico na diferenciação entre derrame malignos e não malignos, e investigar preditores de outcome.

Métodos

Foi realizado um estudo observacional retrospectivo que incluiu 29 doentes submetidos a pericardiocentese num hospital terciário em Portugal, entre janeiro e dezembro de 2023. O outcome primário foi identificar as causas de derrame pericárdico. As causas foram categorizadas em dois grupos (malignas e não malignas). Os dados foram recolhidos através do acesso aos registos médicos eletrónicos destes pacientes. A análise estatística envolveu comparações entre derrames pericárdicos malignos e não malignos, outcome do paciente (morte vs. sobrevivência) e duração do internamento hospitalar.

Resultados

Dos 29 pacientes submetidos a pericardiocentese, 66% eram do sexo masculino, com uma média de idade de 64 anos. A maioria dos pacientes foi diagnosticada com derrame pericárdico maligno (38%). As restantes etiologias do derrame pericárdico identificadas com maior predominância foram idiopáticas (31%) e infecciosas (21%). Este estudo indica que níveis mais elevados de LDH sérica aumentaram significativamente as probabilidades de derrames pericárdicos malignos ($p = 0,03$) em comparação com derrames não malignos, indicando que a LDH sérica oferece alta precisão diagnóstica para malignidade ($AUC = 0,86$). O outcome e a duração da hospitalização foram semelhantes entre casos malignos e não malignos, sem preditores significativos de mortalidade hospitalar identificados.

Discussão

Apesar das investigações extensivas, 31% dos derrames foram classificados como idiopáticos. Características clínicas e a maioria dos marcadores bioquímicos, não diferenciaram eficazmente os derrames malignos dos não malignos, nem foram preditores de mortalidade ou sobrevivência. No entanto, a medição dos níveis de desidrogenase láctica no soro demonstrou uma elevada precisão diagnóstica (AUC de 0,861), revelando-se possivelmente promissora como ferramenta para distinguir entre derrames malignos e não malignos. A citologia do líquido pericárdico, embora não tenha alcançado significância estatística devido ao tamanho limitado da amostra, continua a ser uma ferramenta diagnóstica crucial.

Conclusão

Este estudo evidencia a utilidade limitada da análise do líquido pericárdico, bioquímica sérica e citologia na identificação das causas dos derrames pericárdicos e na previsão de sobrevivência. Enfatiza-se o papel central dos internistas na investigação e tratamento desta patologia através de uma abordagem sistemática e individualizada.

Doseamento de CA-125 na consulta de Insuficiência Cardíaca - um novo marcador?

António Pedro Sousa¹; José Pedro Abobeleira²; Inês Ferreira¹; Carolina Queijo¹; Nuno Silva¹; Fernando Salvador¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

O antígeno carboidrato 125 (CA-125), utilizado como marcador do cancro do ovário, tem surgido como possível marcador de congestão extravascular em doentes com insuficiência cardíaca (IC). A sua utilização como biomarcador na IC tem sido posta em prática de forma prognóstica e evolução clínica. Embora ainda não totalmente esclarecido, parece responder ao estímulo mecânica e pró-inflamatório sobre as células epiteliais serosas. Uma vantagem em relação ao NT-proBNP prende-se à pouca interferência da *clearance* renal, idade e sexo nos níveis séricos de CA-125.

Objetivo

Avaliar os níveis de CA-125 em doentes com IC e relacionar com parâmetros clínicos, analíticos e outros biomarcadores.

Material e Métodos

Realizado estudo retrospectivo, através da recolha de dados de doentes com IC seguidos em consulta hospitalar. Utilizou-se um período de três meses, de fevereiro a abril de 2024, selecionando os doentes com, pelo menos, um doseamento de CA-125. Recolheu-se dados demográficos, clínicos e terapêuticos. Assumiu-se um período de follow-up de 1 ano para registo de idas ao Serviço de Urgência (SU) por exacerbações da IC. Para a análise estatística, formaram-se grupos consoante a expressão clínica da IC - grupos de NYHA, presença de derrame pleural, idas ao SU - para avaliação do CA-125 dentro dos grupos e comparação entre eles. Toda a análise estatística foi efetuada no GraphPad PRISM 10, através de t-test, ANOVA e correlação de Pearson; assumiu-se significância para valores de $p < 0,05$.

Resultados

Separando os doentes por grupos de NYHA, observou-se uma tendência de valores de CA-125 crescente com o aumento da classificação sintomática da IC, com um aumento estatisticamente significativo entre as classes NYHA I e III ($p = 0,017$).

Numa comparação de doentes com e sem derrame pleural objetivável por raio-x de tórax, observou-se um aumento significativo dos níveis de CA-125 nos doentes com derrame ($p = 0,0002$). Contudo, nos doentes com pelo menos 1 ida ao SU durante o ano seguinte, comparativamente aos doentes sem registo de exacerbações, apenas se verifica uma tendência de CA-125 maior ($p = 0,0724$).

Efetuuou-se também uma análise de correlação entre a dose de furosemida e os níveis de CA-125, que evidenciou uma correlação fraca, embora positiva e significativa, entre as duas variáveis, com uma dose de diurético crescente que acompanha o doseamento de níveis maiores de CA-125 ($R = 0,2504$, $R^2 = 0,0627$, $p = 0,0173$).

Conclusões

Evidencia-se uma relação entre os níveis de CA-125 e o grau de congestão e hipervolemia da IC, traduzindo-se em maior expressão clínica com níveis de CA-125 séricos maiores. Dadas as limitações do presente estudo - tamanho amostral, comorbilidades e falta de doseamentos seriados - ressalva-se a importância de mais estudos com doseamento de CA-125 na IC.

Impacto de uma consulta diferenciada em hipertensão arterial e risco vascular num hospital português

DANIELA AUGUSTO; Mariana Jeremias Macedo; Carolina Marcos Queijo; João Pedro Moreira; Sandra Morais; Telmo Borges Coelho

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

As doenças cardiovasculares, nomeadamente doença coronária e cerebrovascular, mantêm-se como principal causa de morbimortalidade a nível mundial, de forma que o controlo dos diferentes fatores de risco vascular, entre os quais a hipertensão arterial (HTA), é fundamental na prevenção e promoção de saúde.

Objetivo

Medir o impacto dos primeiros seis meses de consulta diferenciada em HTA e risco vascular na população observada, mediante avaliação do controlo tensional, prevenção e/ou identificação precoce de lesões de órgão mediadas pela hipertensão (LOMH) e eventos vasculares, bem como diagnóstico de causas secundárias.

Material e métodos

Foram avaliados 65 doentes (59 dos quais com HTA), no decorrer de 120 consultas, durante o período de 01/01 a 30/06/2024. Após recolha de dados, mediante entrevista e pesquisa de registos no SCLínico e Registo de Saúde Eletrónico (RSE), elaborada casuística, com base em estatística descritiva realizada no Excel®.

Resultados

Relativamente à caracterização inicial da amostra, importa mencionar a predominância do sexo feminino (60%) e autonomia para as atividades da vida diária (98,2%), com mediana de idade de 50 anos (p25-75 38-69; mín-máx 17-84). Quanto à sua proveniência, notória referenciação por parte dos Cuidados de Saúde Primários (55,4%), seguindo-se, a nível intra-hospitalar, o serviço de urgência (16,9%). Entre os principais motivos encontramos a HTA não controlada, associada a idade jovem ou emergência hipertensiva. No que diz respeito ao possível impacto da consulta, cabe referir que, à data da última consulta (após 6 meses de seguimento), 72,9% apresentavam pressão arterial (PA) controlada [mediante avaliação por auto-medição (AMPA) / medição ambulatoria (MAPA)], versus 16,9% inicial, sendo para isso necessário recurso a ≥ 3 fármacos em 54% dos casos, com destaque para a associação de classes mais frequentemente utilizada: inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA), bloqueadores dos canais de cálcio (BCC) e diuréticos tiazídicos. Entre os doentes com LOMH (30,5%), a renal demonstrou-se preponderante (50%), seguindo-se a cardíaca, cerebral, vascular e, por último, ocular. Quanto aos eventos vasculares associados (15,2%), destaque para o predomínio da doença cerebrovascular, em concreto, acidente vascular cerebral isquémico (55,2%). Por fim, o diagnóstico de causas secundárias verificou-se em 27,1% dos casos, com ênfase para a etiologia renovascular (mais frequente – 31,2%), síndrome de apneia obstrutiva do sono, hiperaldosteronismo primário e renoparenquimatosa.

Conclusões

A prática desta consulta permitiu um eficaz controlo tensional na maioria dos casos com, consequente, contributo para a prevenção de LOMH e eventos vasculares. Uma vez estabelecidos, a sua deteção precoce é fundamental; o mesmo se verifica com o diagnóstico de causas secundárias, de forma a permitir a adoção de medidas dirigidas, do qual é exemplo a angioplastia da artéria renal.

Adesão à Profilaxia do Tromboembolismo Venoso num Hospital Central: Entre as Diretrizes e a Prática

Ana Maria Rito¹; Ana Gomes Saraiva²; Mariana Guerra²; Patrícia Carvalho²; Sara Leitão²; Lèlita Santos²

¹ IPO COIMBRA

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

O Tromboembolismo Venoso (TEV) é a principal causa de morbimortalidade evitável em doentes hospitalizados, com impacto significativo nos custos em saúde. Embora o risco de TEV esteja bem estabelecido nos doentes cirúrgicos, 50 a 70% dos episódios intra-hospitalares ocorrem em doentes médicos. Diversos ensaios clínicos demonstram que a profilaxia reduz a incidência de TEV de forma eficaz, segura e custo-efetiva, no entanto, diferentes estudos concluem que esta continua a ser subutilizada.

As recomendações internacionais definem como profilaxia adequada a instituição de um regime farmacológico nos doentes com alto risco de TEV e baixo risco hemorrágico, na ausência de contraindicações. Se coexistir um risco hemorrágico elevado, deve-se privilegiar a profilaxia mecânica.

Objetivo

Avaliar a proporção de doentes com alto risco de TEV, a adequação da profilaxia instituída, no que concerne ao tipo e dosagem prescrita e a existência de contraindicações.

Material e Métodos

Este estudo observacional transversal foi realizado no Serviço de Medicina Interna de um Hospital Central, incluindo todos os doentes internados, num mesmo dia de Março de 2025. Foram excluídos doentes com alta clínica, os previamente anticoagulados, doentes cujo processo clínico se encontrasse incompleto e doentes em fim de vida, sob medidas de conforto. A avaliação do risco de TEV e hemorrágico foi efetuada utilizando os Scores de Padua e IMPROVE-BLEED, respetivamente. A adequação da profilaxia foi definida com base em critérios previamente definidos, os quais serviram de base à elaboração de um protocolo destinado à aplicação sistemática na prática clínica.

Resultados

De um total de 203 doentes, 90 foram incluídos no nosso estudo. A avaliação do risco individual de TEV identificou 89 doentes (98,9%) de alto risco, coexistindo um risco elevado de hemorragia em 21 (23,6%) deles.

A análise da adequação da profilaxia revelou que apenas 50% dos doentes receberam um regime considerado adequado. Entre os 45 doentes com prescrições não adequadas, a maioria (55,6%) não se encontrava sob qualquer regime profilático, apesar de indicado; 20% recebiam profilaxia inadequada, um terço deles no que concerne à escolha do tipo de regime implementado (não foi prescrita profilaxia mecânica), e os restantes pela não adequação da dose de enoxaparina à função renal. Apesar da existência de contraindicações, 24,4% doentes encontrava-se sob esquema de profilaxia farmacológica. Não foi detetado nenhum caso de prescrição excessiva em doentes com baixo risco de TEV.

Conclusões

Em concordância com os resultados obtidos em diversos estudos multicêntricos, a subutilização da trombopprofilaxia é altamente prevalente na prática clínica, evidenciando a necessidade premente de sensibilizar os médicos para este problema de saúde pública, através da implementação e divulgação de protocolos institucionais que sejam simples, explícitos, baseados na evidência científica e facilmente reproduzíveis e aplicáveis.

Prevalência e Profilaxia da Hemorragia Digestiva numa Enfermaria de Medicina Interna

Madalina Gututui; Pedro Moules; Rita Palma Féria; Lúcia Antunes Gonçalves; Mariana Lança de Oliveira; João Cafôfo; Telma Costa Cabral; Catarina Bico Filipe; Ana Cristina Grilo; Fernando Martos Gonçalves

HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Introdução

A hemorragia digestiva (HD) é uma complicação com elevada morbimortalidade em doentes hospitalizados, particularmente em unidades de cuidados intensivos, onde a úlcera de stress é a principal etiologia, sendo recomendada, em alguns destes doentes, a profilaxia com inibidor da bomba de prótons (IBP). Contudo, a baixa incidência de HD hospitalar no doente não crítico e escassa evidência acerca das suas complicações nesta subpopulação, levam as *guidelines* atuais a desaconselhar o seu uso generalizado. No entanto, tem-se perpetuado a prescrição destes fármacos em doentes não críticos, com potenciais riscos associados ao seu uso indiscriminado.

Objetivo

O objetivo primário deste estudo foi avaliar e caracterizar a ocorrência da hemorragia digestiva numa enfermaria de medicina interna; como *outcome* secundário, pretendeu-se determinar a frequência e adequação da prescrição de IBP durante o internamento.

Material e Métodos

Neste estudo observacional transversal, foram selecionados os doentes internados numa enfermaria de medicina interna de um hospital distrital, à data de 12 de fevereiro de 2025 e avaliados os seus registos médicos eletrónicos. Identificaram-se aqueles que tinham desenvolvido HD *de novo* mais de 24 horas após a admissão hospitalar, os exames complementares e terapêuticas instituídas direcionadas à HD. Foi ainda avaliada a utilização de IBP prévia à hospitalização na tabela de medicação habitual destes doentes, a prescrição de IBP *de novo* durante o internamento e sua adequação.

Resultados

Dos 120 doentes internados, com idade média 76,6 (25-99) anos, sendo 52,5% homens ($n=63$), apenas 2,3% ($n=3$) tinham desenvolvido HD *de novo* (2 mulheres e 1 homem, média de idades de 67,7 (56-81) anos, incluindo hematoquézias, melenas e hematemese. Apenas o doente com hematoquézias realizou exame endoscópico, que revelou hemorroidas congestivas. Considerando o *status* dos restantes doentes, e ausência de repercussão hemodinâmica e analítica, optou-se por não realizar exame endoscópico. As perdas hemáticas cederam em ambos, após suspensão de hipocoagulação e aumento de dose de IBP num deles e redução da posologia de corticoterapia no outro. Previamente à admissão, 61,2% ($n=51$) dos doentes já se encontravam sob IBP, dos quais apenas 4,1% ($n=8$) tinham indicação clara para tal. Dos restantes, 55,2% ($n=46$) iniciaram IBP durante o internamento, sendo que apenas 3,7% ($n=8$) tinham indicação. No total, 86,4% ($n=72$) dos doentes internados encontravam-se sob terapêutica com IBP sem justificação clínica.

Conclusão

Apesar das limitações deste estudo, é possível inferir uma baixa prevalência de HD hospitalar em doentes não críticos, consistente com estudos anteriores. Apesar disso, observou-se uma elevada prescrição inadequada de IBP que frequentemente é mantida no momento da alta. O uso prolongado destes fármacos pode acarretar efeitos adversos significativos, como o aumento do risco de infeção por *Clostridioides difficile*, fraturas ósseas e défice de vitamina B12. Estes achados reforçam a necessidade de reavaliação criteriosa das indicações para profilaxia com IBP, de modo a adequar a sua prescrição. Questiona-se, no entanto, que a eventual desprescrição de IBP nestes doentes possa aumentar a incidência de HD.

Infeção Urinária Associada ao Cateter Vesical num Serviço de Medicina Interna - estudo retrospectivo

Denilson Silveira; José Pedro Fonseca; Ricardo Veiga; Hugo Ventura; João Lança; Elisa Veigas; Adriana Dias; Hélder Patrício; Tiago Machado; Marta Marques; Pedro Crespo; Edite Nascimento

CENTRO HOSPITALAR TONDELA-UISEU, EPE / HOSPITAL DE SÃO TEOTÓNIO, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) levam, frequentemente, ao prolongamento do internamento, ao aumento dos custos hospitalares e ao agravamento do estado clínico prévio do doente. Entre estas, a infeção do trato urinário (UTI) é uma das mais comuns, associada a um impacto significativo na morbimortalidade e nos custos de internamento hospitalar. As infeções do trato urinário associadas a cateter vesical (IUACV) são o tipo de IACS mais frequentes em grande parte do mundo. Um dos fatores de risco mais frequentemente evitável é a algaliação e a manutenção do cateter vesical sem indicação clínica.

Objetivo

Avaliar a incidência, fatores de risco e perfil microbiológico das IUACV em doentes internados.

Métodos

Estudo retrospectivo realizado no Serviço de Medicina Interna da ULS Viseu Dão-Lafões entre 01/08/2023 e 31/03/2024, tendo sido incluídos os doentes submetidos a algaliação. A análise incluiu 535 doentes, 6059 dias de internamento e 4348 dias de cateter, com 34 casos de IUACV diagnosticados. Foram avaliados fatores como idade, sexo, comorbidades, tempo de algaliação e perfil microbiológico.

Resultados

A taxa de incidência de IUACV foi de 7,82/1000 dias de cateter. A maioria dos agentes isolados foram bactérias Gram-negativas (79,4%), destacando-se *Escherichia coli* (32,4%) e *Klebsiella pneumoniae* (27,9%). Verificou-se uma elevada taxa de microorganismos multirresistentes (44,1%). Verificamos associação com significado estatístico entre o sexo feminino ($p=0,003$) e duração do internamento [IUACV estiveram internados em média 22,44 dias, enquanto os restantes estiveram 10,83 dias. ($p=0,000$)] e a ocorrência de IUACV. Os doentes com IUACV estiveram algaliados mais tempo [tempo médio de algaliação dos doentes que desenvolveram IUACV foi de 14,62 dias, significativamente superior aos doentes sem IUACV que estiveram algaliados em média 7,89 dias ($p=0,000$)]. Não conseguimos provar a relação entre a Diabetes Mellitus, a Doença Renal Crónica e Hipertensão arterial e a ocorrência de IUACV. Também não conseguimos provar a relação entre idade avançada e dependência e a ocorrência de IUACV.

Conclusão

A elevada incidência de IUACV reforça a necessidade de estratégias preventivas. Verificamos associação com significado estatístico entre o sexo feminino e duração do internamento e a ocorrência de IUACV. Os doentes com IUACV estiveram algaliados mais tempo. Estas informações reforçam a necessidade de realizar algaliação apenas com indicação definida e a necessidade de desalgaliação precoce. A elevada prevalência de patógenos multirresistentes reforça a importância de uma gestão adequada de antimicrobianos.

Palavras-chave: infeção urinária, cateter vesical, resistência antimicrobiana, fatores de risco.

Análise da mortalidade após tratamento da Hepatite C. Experiência de um Centro de Tratamento.

Rosélia Lima; Renata Maçano; Maria Rui Gomes; Filipa Borges; Andreia Seixas; Margarida Mota

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

De acordo com a literatura, os doentes tratados para a Hepatite C com Antivíricos de Ação Direta (AAD) registam uma taxa de mortalidade superior à da população geral, estando documentada uma taxa de mortalidade 3 a 14 vezes superior, dependendo do grau de fibrose hepática. O consumo de toxifílicos e as complicações hepáticas são as principais causas de óbito nestes doentes. Os autores expõem a sua experiência no tratamento e análise da mortalidade nesta população.

Objetivos

Analisar a mortalidade após conclusão do tratamento da Hepatite C com AAD.

Material e métodos

Estudo observacional e transversal com amostragem consecutiva com inclusão de todos os doentes que realizaram tratamento para a Hepatite C com AAD até 31 de dezembro de 2024, numa ULS. Dados compilados e submetidos a análise descritiva no Microsoft Excel.

Resultados

Registaram-se 855 doentes que completaram tratamento para a Hepatite C entre 2014 e 2024, dos quais 273 (31,9%) apresentavam fibrose avançada (>F3) previamente ao tratamento. Verificaram-se 60 óbitos (7%), dos quais 40 (66,6%) com fibrose avançada. A taxa de mortalidade calculada é de 7,02/1000 habitantes/ano. As principais causas de óbito são as doenças neoplásicas em 29 utentes (48,3%); 12 neoplasias intra-hepáticas (11 Hepatocarcinomas e um Colangiocarcinoma), 17 neoplasias não hepáticas (oito Carcinomas do Pulmão; três carcinomas da Cabeça e pescoço; dois Linfomas, um Carcinoma do Cólon, uma neoplasia do Sistema Nervoso Central e uma Neoplasia Primária Oculta). As restantes causas de morte foram classificadas como: 11 (18%) etiologia multifatorial/não esclarecida, nove (15%) relacionadas com doença hepática avançada, seis (10%) com doença cardíaca, três (5%) com doença pulmonar e dois (3,3%) com doença neurológica. A idade média dos doentes falecidos era de 55 anos; 83,3% eram do género masculino e a via de transmissão da Hepatite C foi maioritariamente a via parentérica /toxicodependência (86,6%). O tempo entre o fim do tratamento da Hepatite C e o óbito foi na maior parte dos casos 1-2 anos (25%), com uma percentagem inferior a 1 ano (18%) e 16,6% superior a 7 anos. A análise do consumo de toxifílicos revelou que 50% dos doentes consumia >60g de álcool por dia e 78,5% eram fumadores ativos. A realçar ainda que 36,5% dos doentes tinha co-infecção com o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH).

Conclusões

Concluimos que na nossa ULS a taxa de mortalidade dos doentes tratados para a Hepatite C é superior à taxa de mortalidade nacional em indivíduos na 5.ª década de vida (5,41/1000 habitantes em 2022), o que corrobora o estabelecido na literatura. A análise das causas de óbito também aponta semelhanças, nomeadamente no peso das complicações hepáticas (neoplásicas e por cirrose). A prevalência do consumo de toxifílicos e co-infecção por VIH, embora não constitua causa direta de óbito, pode ter contribuído para a morbimortalidade que se documentou nestes doentes.

New potassium-binding agents in heart failure, real world data from a reference centre

André Moniz Garcia¹; Maria Inês Vicente Soares¹; Miguel Simões Rodrigues²; Maria de Meneses Rebelo³; Isabel da Costa Monteiro⁴; Patrícia Macedo Simões⁵; Gonçalo Gomes de Almeida¹; Sofia Prada⁶; Sofia Furtado¹; Catarina de Almeida Rodrigues¹; Jorge Fernandes¹; Inês Araujo¹; Candida Fonseca¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LISBOA OCIDENTAL

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

³ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

⁴ ULS MATOSINHOS, HOSPITAL PEDRO HISPANO

⁵ ULS LEZÍRIA, HOSPITAL DE SANTARÉM

⁶ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE AMADORA/SINTRA

Tema: Doenças cardiovasculares

Introduction

Mineralocorticoid receptor antagonists (MRA) are a cornerstone in heart failure (HF) treatment. However, hyperkalemia is a limiting factor for optimizing HF-prognosis modifying drugs (PMD), specially MRA initiation or uptitration. New potassium-binding agents (PBA) such as patiomer (PTR) and sodium zirconium cyclosilicate (SZC) can be used to overcome this. Real world data regarding their use, safety and impact on HF therapy is lacking.

Purpose

To evaluate the efficacy and safety of new PBA as facilitators of MRA initiation or uptitration in HF patients.

Methods

Retrospective study of consecutive patients who used either PTR or SZC while receiving PMD for HF at a reference center, from 2020 to 2025. Demographic, clinical and laboratory data were evaluated at baseline and follow-up visits. Outcomes were MRA use at 3 months, adverse events, and HF decompensation. Optimal dose of MRA (OMRA) was considered as $\Rightarrow$ 25mg of spironolactone or equivalent.

Results

A total of 90 patients were included, with a median age of 77[IQR 69-81], 68% were male. PTR was used in 63(70%) patients and SZC in 27(30%). Patients had mainly HF with reduced ejection fraction (HFrEF, 64%); 13% had HFmrEF, 20% HF recoveredEF; 68% had chronic kidney disease. At baseline, 90% were on SGLT2 inhibitors and beta-blockers, 96% were on renin-angiotensin inhibitors and 79% on MRA, including 53%(n=48/90) on OMRA. Main reasons for PBA initiation were PMD optimization(66%) and maintenance(31%) with potassium $>5\text{mEq/L}$; and 2 due to acute hyperkalemia.

Sixty-one (68%) patients continued PBA and had a 3-month visit, with an increase in patients on MRA from 77%(n=47/61) at baseline to 90%(n=55/61) ($p=0.039$) and in patients on OMRA from 57% (n=35/61) to 62%(38/61) ($p=0.65$).

During follow-up, median time using PBA was 5[IQR 2.9-12.7] months (6[IQR 2.7-17.3] PTR; 4 [IQR2.5-6.9] ZCS), with 62(69%) patients discontinuing them(54 PTR, 8 SZC), mainly due to adverse events(n=28, 27 PTR, 1 SZC), 11 for no further indication, 8 non-adherence, 5 for refractory hyperkalemia, 9 other reasons and 1 death. The main adverse event leading to discontinuation was metabolic acidosis (n=16), of which 4 had no chronic kidney disease, followed by gastrointestinal symptoms(n=8), and worsening renal function (n=4). Adverse events were reported in 37 patients(36 PTR, 1 SZC): mainly gastrointestinal symptoms(n=18) and metabolic acidosis(n=17). In those that continued PBA more than 15 days(n=81) fourteen had a HF decompensation at 6 months(10 PRT, 4 SZC, $p=0.47$).

Conclusion

The use of potassium-binding agents led to an increase in the percentage of heart failure patients on MRA and on optimized dose at 3 months. However, a high percentage of patients had to discontinue these agents due to adverse events, including metabolic acidosis not previously reported. Whether it is a drug-related event or related to PMD optimization or worsening renal disease is a matter of debate.

Programa de Literacia em Medicina Geriátrica para idosos – Ciclo de Sessões “Envelhecer Bem”

Sofia Duque¹; Rita Limão¹; Fátima Parreira¹; Sofia Monteiro²; Joana Figueiredo¹; Luísa Fontes¹

¹ HOSPITAL CUF DESCOBERTAS

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA GUARDA

Tema: Medicina geriátrica

Introdução

O envelhecimento populacional está associado a um aumento da incidência de doenças crónicas, impactando a qualidade de vida dos idosos. A literacia em saúde é um fator essencial para a promoção da saúde e prevenção de complicações associadas às doenças, permitindo uma melhor auto-gestão das condições clínicas. No entanto, a transmissão de informações nas consultas médicas é frequentemente limitada, justificando a necessidade de programas educacionais específicos direccionados a este público.

Objetivo

Apresentar o racional e a estrutura do Programa de Literacia em Medicina Geriátrica, bem como analisar a experiência e percepção dos participantes, incluindo profissionais de saúde, idosos, familiares e cuidadores.

Material e Métodos

O programa visa promover o autocuidado e a responsabilização pela saúde, aspeto ainda pouco explorado. Composto por 10 sessões temáticas ministradas por uma equipa multidisciplinar, visa fornecer informação fidedigna e aproximar o hospital da comunidade, complementando a Consulta Multidisciplinar de Geriatria. As sessões abordam temas como o uso seguro de medicação, alimentação, atividade física, prevenção de quedas, vacinação, saúde mental e cognitiva, sono, obstipação, incontinência urinária, cuidados sazonais, promovendo debates entre participantes e profissionais de saúde, além de contar com a colaboração de especialistas. O estudo qualitativo baseia-se na análise das percepções e experiências dos envolvidos, recolhidas por meio de relatos espontâneos, questionários, entrevistas informais e observação direta.

Resultados

Os participantes (idosos, familiares e cuidadores) relataram uma maior compreensão sobre sua saúde e melhor interação com os serviços médicos. Profissionais de saúde destacaram o programa como um meio eficaz para aproximar o hospital da comunidade e complementar a consulta geriátrica. A iniciativa aumentou a confiança dos idosos para interagir com os profissionais de saúde e adquirir informação qualificada e favoreceu a adaptação de estratégias clínicas pelos profissionais.

Conclusão

O Programa de Literacia em Medicina Geriátrica demonstrou um impacto positivo na promoção da saúde dos idosos, incentivando a auto-gestão e a prevenção de doenças. Ao complementar a consulta de Geriatria Multidisciplinar, supriu lacunas na transmissão de informações, podendo contribuir para um envelhecimento mais ativo. Os achados reforçam a importância da literacia em saúde na adoção de comportamentos saudáveis, melhoria dos resultados clínicos e qualidade de vida dos idosos.

Palavras-chave: Literacia; Medicina Geriátrica; Hospital; Comunidade; Qualidade de Vida.

Infeção por Vírus sincicial respiratório: casuística num hospital terciário

Joana Santos; Margarida Paraíso; Helena Hipólito Reis; Paulo Almeida; Sandra Rebelo; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças respiratórias

Introdução

A infeção pelo vírus sincicial respiratório (VSR) é uma importante causa de morbimortalidade, especialmente em idosos ou pessoas com comorbilidades. A infeção por VSR pode associar-se a complicações graves como insuficiência respiratória e descompensação de doenças crónicas. Em 2022, na Europa a infeção por VSR foi uma causa importante de hospitalização (270.000/ano) e mortalidade intra-hospitalar (20.000/ano) em adultos com idade superior a 60 anos.

Objetivo

Caracterização clínica e demográfica dos doentes internados com infeção por VSR num Serviço de Medicina Interna de um hospital terciário.

Material e métodos

Foi realizado um estudo observacional e retrospectivo com base na consulta de processos clínicos. Foram incluídos doentes internados no Serviço de Medicina Interna de um hospital terciário entre março de 2022 e agosto de 2024, inclusive e com infeção por VSR. A análise estatística foi realizada com recurso ao software IBM SPSS Statistics 29.0.

Resultados

Durante o período em análise foram realizados 3760 testes de pesquisa de VSR, tendo sido 80 positivos e destes 51 foram internados (64%) – população do estudo. Relativamente à caracterização demográfica, 56,9% eram do sexo feminino, 25,5% estavam institucionalizados e a média de idades foi de $78,5 \pm 14,4$ anos. Cerca de 89% destes doentes tinham 4 ou mais comorbilidades, sendo as mais frequentes: hipertensão arterial (76,5%), dislipidemia (72,5%), diabetes mellitus tipo 2 (41,2%), fibrilação auricular (39,2%) e insuficiência cardíaca (31,4%). Em 84,3% dos doentes foram referidos sintomas respiratórios inferiores (tosse, expetoração e/ou dispneia), em 15,7% sintomas respiratórios superiores (odinofagia e/ou congestão nasal) e 43,1% tinham sobreinfeção bacteriana à admissão. Cerca de 94% dos doentes necessitaram terapêutica de suporte respiratório (66,7% oxigenoterapia e 27,5% ventilação mecânica não invasiva). Em 77% (n=39) dos doentes foram observadas complicações, sendo as mais frequentes: agudização de insuficiência cardíaca (29,4%), sobreinfeção bacteriana (27,5%) e doença pulmonar crónica agudizada (23,5%). Em 18% (n=9) dos doentes houve necessidade de transferência para Unidade de Cuidados Intensivos. Foi observada uma taxa de mortalidade de 16% (n=8) no total de doentes internados com infeção por VSR. O número médio de dias em internamento foi de $9,4 \pm 12,3$ dias. Foi observada a necessidade de reinternamento em 14% (n=7) dos doentes, dos quais 43% (n=3) ocorreu nos primeiros 30 dias após alta.

Conclusões

Este estudo evidencia o impacto e a gravidade da infeção por VSR na população observada, registando-se uma elevada taxa de internamento, especialmente em idosos e/ou doentes com múltiplas comorbilidades. As frequentes complicações, a necessidade de suporte ventilatório e a mortalidade observada evidenciam o impacto clínico significativo da infeção por VSR, sublinhando a importância de estratégias para uma melhor prevenção desta doença.

Tratamento da Hepatite C crónica em doentes com fibrose hepática- 5 anos de vigilância clínica

Rosélia Lima; Maria Rui Gomes; Renata Maçano; Romana Fagundes; Andreia Seixas; Filipa Borges; Margarida Mota

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A história natural da Hepatite C crónica (HepC) prevê progressão para cirrose em 5-30% dos doentes, conferindo risco de cirrose descompensada e Hepatocarcinoma (4% e 1,5% anualmente, respetivamente). A introdução dos antiviricos de ação direta (ADD) no tratamento da HepC reduziu significativamente a progressão para cirrose e as suas consequências, bem como eventos oncológicos a si filiados.

Objetivo

Caracterizar a evolução dos doentes com HepC e fibrose hepática avançada, com seguimento mínimo de 5 anos após resposta virológica sustentada com AAD.

Material e métodos

Estudo observacional e transversal com amostragem consecutiva de todos os doentes com HepC e fibrose hepática avançada que concluíram tratamento com AAD com critérios de cura até 31 de dezembro de 2019 numa Unidade Local de Saúde. Dados compilados e submetidos a análise descritiva no Microsoft Excel.

Resultados

Foi agregada uma amostra com 215 doentes, 180 (83,7%) do género masculino e 37 (16,3%) do género feminino, com idade média prévia ao tratamento $63,5 \pm 14,3$ anos. A maioria dos doentes contraiu VHC por utilização de drogas endovenosas (n=132, 61,4%) e perfez um intervalo de tempo entre o diagnóstico e tratamento com AAD de 1-10 anos (n=133, 61,9%). No que diz respeito ao VHC, o genótipo 1 é o mais representado (n=141, 65,6%), seguido pelo genótipo 3 (n=55, 25,6%) e genótipo 4 (n=17, 7,9%). Na avaliação da fibrose hepática, 161 doentes (74,9%) documentaram F4 na Elastografia hepática, os restantes doentes relatados com F3. Mais de metade dos doentes tinha trombocitopenia previamente ao tratamento (n=118, 54,9%), grave (plaquetas $<50\,000/\mu\text{L}$) em 15 doentes (6,9%). Quantos aos esquemas de AAD, o mais utilizado foi o Sofusbuvir com Ledipasvir (n=134, 62,3%), com duração de tratamento de 12 semanas em 124 doentes (57,7%). Até à conclusão da vigilância aos 5 anos, 146 doentes (90,7%) mantiveram-se em Child-Pugh A e 15 doentes (9,3%) evoluíram para Child Pugh B ou C. Paralelamente, 33 doentes (15,3%) foram diagnosticados com doença oncológica; 9 (4,2%) dos quais no primeiro ano após tratamento e 4 (1,9%) durante o esquema com AAD. O Hepatocarcinoma é a neoplasia mais prevalente (n=21, 9,8%), seguida pela Neoplasia do pulmão (n=2, 0,9%) e Adenocarcinoma da vesícula biliar (n=2, 0,9%). Relativamente à amostra total, no período de vigilância após tratamento para a HepC, 138 doentes mantêm seguimento (64,2%) e 25 (11,6%) faleceram; 10 (40%) por progressão oncológica e 4 (16%) por complicações hepáticas. Nenhum doente foi submetido a transplante hepático.

Conclusão

A progressão da doença hepática continua a ser uma preocupação nos doentes tratados para a HepC. Embora a prevalência seja menor do que em doentes não tratados, a morbimortalidade nestes doentes mantém-se tendencialmente associada à cirrose descompensada e a complicações oncológicas por Hepatocarcinoma.

Ler o futuro com MEWS – um guia que deteta a deterioração clínica

João Cafôfo; Rita Palma Féria; Catarina Bico Filipe; Lígia Antunes Gonçalves; Madalina Gututui; Mariana Lança de Oliveira; Pedro Moules; Telma Costa Cabral; Eurídice Espírito Santo; Ana Cristina Grilo; Fernando Martos Gonçalves

HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

Tema: Organização, gestão e qualidade de serviços de saúde

Introdução

O “Modified Early Warning Score (MEWS)” é um Sistema de pontuação fisiológico simples, usado à cabeceira do doente, que permite identificar a deterioração clínica do doente. À medida que a pontuação do MEWS aumenta, maior é o risco de agravamento clínico. Resultados iguais ou superiores a 5 estão associados a um risco aumentado de morte ou admissão em unidade de cuidados intensivos.

Objetivo

Comprovar a validade e a utilidade da escala de MEWS na avaliação de um doente num serviço de Medicina Interna.

Material e Métodos

Foi efetuado um estudo transversal prospetivo para avaliar a evolução clínica dos doentes aplicando o MEWS num período de 7 dias.

Critérios de inclusão

Doentes adultos internados em toda a enfermaria de Medicina Interna.

Critérios de exclusão

Doente com mais de 75 anos e com uma pontuação >5 na escala de fragilidade clínica.

A amostra incluiu 69 doentes que estariam internados em toda a enfermaria de medicina interna no dia 12/02/2025. O MEWS foi aplicado durante os 7 dias subsequentes, 3 vezes por dia: no período da manhã, tarde e noite, com base nos registos colhidos pela equipa de enfermagem.

O MEWS foi determinado com base nos seguintes parâmetros clínicos: frequência cardíaca; frequência respiratória; pressão arterial sistólica; temperatura corporal; e nível de consciência. A pontuação de cada um destes parâmetros foi somada para gerar o score de MEWS total, de acordo com as normas estabelecidas.

Resultados

Dos 69 doentes: 74% (n=51) tiveram alta clínica; 3% (n=2) morreram, 0% foram transferidos para a Unidade de cuidados intensivos e 23% (n=16) mantiveram internamento durante o período estipulado. Dos 2 óbitos registados, em 1 dos casos observou-se um aumento dos MEWS em 4 pontos (de 1 para 5) nas últimas 12h de vida, sendo que no outro óbito não se observou uma alteração significativa do MEWS. Dos doentes que tiveram alta clínica, 98% (n=50) tiveram um MEWS até 1 (0 ou 1) nas últimas 24h que antecederam a alta clínica, sendo que os 2% restantes (n=2) obteve uma pontuação máxima de 2. Dos 51 doentes que tiveram alta clínica, observou-se ainda que 43% (n=22) tiveram uma pontuação persistente de 0. Dos doentes que mantiveram internamento, em 19% (n=3) observou-se uma oscilação da pontuação do MEWS até 3 valores, com uma pontuação máxima de 4.

Conclusões

Este estudo permitiu avaliar como o MEWS se correlaciona com a evolução clínica do doente em enfermaria de medicina interna, e como pode ser ferramenta útil na previsão da deterioração clínica do doente internado. Observou-se que um agravamento significativo do MEWS esteve relacionado com a morte, mas por outro lado, valores do MEWS persistentemente baixos estão associados a uma estabilidade clínica e eventual alta hospitalar.

Vantagens na Gestão de uma Unidade de Ortogeriatría: eficiência e qualidade no cuidado ao idoso

Rafaela Veríssimo¹; Ana Mondragão²; Fatima Silva²; Mariana Gonçalves²; Tiago Fernandes²

¹ .

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Organização, gestão e qualidade de serviços de saúde

Introdução

A crescente demanda por cuidados especializados na população idosa exige modelos de gestão que integrem conhecimento clínico e administrativo. A Medicina Interna em Portugal com a sua visão holística e na vertente dedicada à formação em geriatria pode modificar o prognóstico e indicadores através de modelos assistenciais de co-gestão com outras especialidades. Na área da ortogeriatría uma gestão eficaz pode melhorar significativamente os desfechos clínicos e a autonomia e qualidade de vida do doente.

Objetivo

Demonstrar como uma gestão especializada em unidades de ortogeriatría pode otimizar processos, reduzir complicações, reduzir mortalidade intra-hospitalar, tempo de internamento e custos económicos e sociais.

Métodos

Foi realizada uma análise baseada em revisão de literatura e avaliação dos indicadores de desempenho (como tempo de espera, taxa de internamento e complicações pós-operatórias) de unidades europeias e comparados os resultados para os mesmos indicadores numa unidade de ortogeriatría em Portugal durante um ano.

Resultados e conclusões

A gestão integrada e multidisciplinar contribuiu para redução do tempo de espera cirúrgico e total de internamento e melhoria da coordenação do atendimento multidisciplinar, com diminuição das taxas de complicações e redução da mortalidade intra-hospitalar. No ano avaliado foram admitidos 295 doentes. Em comparação com a literatura europeia científica a taxa de mortalidade intra-hospitalar e o tempo de internamento foi mais reduzida (2,4% e 11,3 dias respetivamente. A taxa de reinternamentos aos 30 dias foi inferior a 2%. A gestão da polimedicação e as medidas não farmacológicas para prevenção do delirium permitiram ainda a redução de custos a nível farmacêutico.

A gestão especializada em ortogeriatría é essencial para um cuidado mais eficiente e humanizado ao idoso. A implementação de estratégias de administração inovadoras pode servir de modelo para aprimorar o atendimento e reduzir os custos, beneficiando os doentes e a instituição.

POSTERS COM APRESENTAÇÃO CASOS CLÍNICOS



ÍNDICE

- PA0007 - Underreported Pain Sources in Palliative Care: A Case of Immune Checkpoint Inhibitor Adverse Events
- PA0012 - Produtos “naturais”, quase fatais!
- PA0027 - O desafio diagnóstico da Síndrome de Marchiafava-Bignami
- PA0039 - Rothia mucilaginosa na etiologia da pneumonia adquirida na comunidade
- PA0042 - Quando a ascite volta – o mesotelioma peritoneal como uma causa rara
- PA0054 - Nocardiose Pulmonar em Doente Imunocompetente
- PA0056 - Tuberculose ocular – uma causa rara de uveíte
- PA0057 - Doença Pneumocócica invasiva, a propósito de um caso clínico
- PA0062 - Corticóides e um oportunista bem escondido
- PA0064 - Anemia Hemolítica Autoimune: Um diagnóstico desafiante
- PA0065 - DIABETES INSIPÍDA NEFROGÉNICA E INTOXICAÇÃO POR LÍTIO - A PROPÓSITO DE 3 CASOS CLÍNICOS
- PA0075 - Hepatite aguda de causa tóxica - dois casos secundários a diferentes SSRI na mesma doente
- PA0077 - Um caso clínico de Legionella
- PA0079 - Embolia Paradoxal: Uma etiologia rara do Enfarte Esplénico
- PA0080 - Para além da infeção: Um caso de linfoma do manto em doente com HIV
- PA0083 - Fasceíte Necrotizante Bilateral por Pseudomonas aeruginosa: Desafio Diagnóstico e Terapêutico
- PA0085 - Dificuldades Diagnósticas na Hipoglicemia: A Importância de Reconhecer a Nesidioblastose
- PA0086 - Síncope recorrente - uma apresentação rara de síndrome de Arnold Chiari
- PA0097 - Quando as aparências iludem – a propósito de uma lesão cerebral
- PA0100 - Miopatia inflamatória – um desafio diagnóstico
- PA0111 - Enfarte esplénico na Mononucleose
- PA0112 - Lúpus eritematoso sistémico aos 92 anos
- PA0117 - Hidrocefalia de Pressão Normal – uma causa subestimada de demência
- PA0118 - AVC Isquêmico como Manifestação da Trombocitose Essencial: uma causa rara
- PA0121 - Metástases Cerebrais de Adenocarcinoma Duodenal: Relato de Caso e Revisão da Literatura
- PA0129 - Hepatite A: Um Caso com Evolução Inusitada
- PA0130 - Quando o Tratamento Torna-se a Causa
- PA0136 - Uma causa rara de cefaleia- Hipotensão Intracraniana Espontânea
- PA0152 - Variante respiratória da Policondrite Recidivante: Um Desafio Diagnóstico
- PA0154 - Hemoperitонеu espontâneo de baixo débito secundário a imunoterapia – um efeito adverso raro
- PA0155 - Hipofibrinogenemia e Neoplasia Oculta: um desafio diagnóstico
- PA0159 - Graves secundário num doente com hipertensão arterial pulmonar
- PA0160 - Síndrome de Lemierre
- PA0164 - Um mal nunca vem só: a propósito de um caso de hiponatremia
- PA0176 - Peliose hepática - uma entidade rara
- PA0178 - Pneumonite a Trastuzumab - uma apresentação precoce
- PA0183 - Sobre uma causa rara de anemia no doente hepático crónico.
- PA0184 - Tuberculose Abdominal: O Grande Imitador – Um Desafio Diagnóstico Frente à Carcinomatose Peritoneal
- PA0188 - Hiponatremia como sinal de alerta: SIADH e a descoberta de adenocarcinoma pulmonar – caso clínico
- PA0202 - Pericardite Tuberculosa: História de um Derrame Pericárdico Recorrente com um Final Feliz
- PA0208 - Miocardiopatia dilatada de causa inesperada: quando a epidemiologia faz a diferença
- PA0213 - Falência hepática aguda por intoxicação com cogumelos selvagens

PA0221 - Síndrome de DRESS - caso clínico
 PA0225 - Microalbuminúria, a primeira pista
 PA0233 - Mieloma múltiplo, o dissimulado
 PA0234 - Em busca do Wally: uma causa diferente de hemorragia
 PA0237 - Da Disfagia à Neurosarcoidose: Uma Apresentação Incomum
 PA0240 - Quedas de repetição: Um caso de Linfoma Primário do SNC
 PA0247 - LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B COM APRESENTAÇÃO ATÍPICA - UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
 PA0249 - Feeling young again - adult manifestations of a pediatric disease
 PA0251 - Leptospirose: a propósito de 3 casos clínicos
 PA0254 - Trombose do Seio Cavernoso Secundária a Sinusite: Um Caso de Celulite Orbitária Complicada
 PA0265 - Mioma, um trigger da tríade de Virchow
 PA0267 - Onde está o Wally?
 PA0273 - Síndrome de Kounis
 PA0274 - Emergências Oncológicas na Era da Imunoterapia: Um caso de Toxicidade Imunomediada do Pembrolizumab
 PA0277 - Uma causa pouco comum de trombose venosa
 PA0278 - Síndrome de Cushing ACTH independente por adenoma da supra-renal
 PA0279 - Quando os soluços revelam algo mais...
 PA0281 - Amiloidose, uma causa rara de síndrome nefrótica a considerar
 PA0283 - “6.000 Razões para uma Pancreatite Grave”
 PA0285 - “Tumor Primário Oculto: O Enigma de uma Lesão Cerebral”
 PA0289 - Será a hipocoagulação profilática suficiente para evitar tromboembolismo pulmonar nas fraturas?
 PA0306 - Hipercalcemia Paraneoplásica: Um Caso Raro de Carcinoma Espinocelular
 PA0307 - Duas Doenças, Um Fígado: Sobreposição de Colangite Biliar Primária e Hepatite Autoimune
 PA0308 - Apresentação Atípica de Neoplasia da Bexiga: Desafios Diagnósticos e Terapêuticos
 PA0310 - Abscesso Hepático por Shewanella algae: Um Caso Clínico Raro
 PA0311 - Púrpura trombocitopênica imune refratária: Eltrombopag como o futuro do tratamento?
 PA0313 - Doenças Autoimunes Multissistêmicas: Um Caso de Anemia Megaloblástica e Derrame Pleural Bilateral
 PA0314 - Infecção Recorrente por Clostridium difficile num Doente com Cirurgia Hepato-Biliar Complexa
 PA0315 - TINU Syndrome e “Serendipity”
 PA0318 - Rabdomiolise induzida por exercício: Será esta a única causa?
 PA0328 - Da Mordida ao Estômago: Uma Complicação Rara de uma Infecção Negligenciada
 PA0331 - Hipotensão Intracraniana Espontânea: uma Etiologia Rara de Hemorragia Subaracnoideia
 PA0335 - Vírus Varicela-Zóster no adulto jovem: relato de caso
 PA0339 - Espondilodiscite Brucélica Crônica: Quando o tratamento se torna um novo desafio
 PA0343 - “Quando a Febre Não Cede: Um Mistério Hepático”
 PA0349 - Da sombra à luz - da perspectiva do acidente vascular cerebral à revelação do empiema subdural
 PA0351 - Listeriose Invasiva, a propósito de um caso clínico
 PA0355 - Quando a Infecção Encontra a Falciformização: Um Caso Grave de Artrite Séptica por Salmonella
 PA0356 - PTI refratário em hospital periférico
 PA0361 - Muito mais do que um derrame pleural
 PA0362 - A matter of a broken heart: Takotsubo cardiomyopathy induced by H. influenzae sepsis
 PA0364 - Linfocitose Hemofagocítica secundária: um desafio diagnóstico
 PA0366 - Síndrome Locked In Após Consumo de Cocaína
 PA0370 - Do álcool à desmielinização: doença de Marchiafava-Bignami
 PA0373 - Crise de ausência como apresentação incomum de Macroglobulinemia de Waldenström
 PA0374 - Leucoencefalopatia multifocal progressiva como manifestação inicial de Infecção VIH
 PA0378 - Nefrite túbulo-intersticial induzida por Everolimus: um caso clínico
 PA0382 - Quando Dois Territórios Colidem: AVC e TEP simultâneos
 PA0384 - Síndrome de Má Absorção como Manifestação Inicial de Imunodeficiência Comum Variável
 PA0395 - Trombocitopenia grave - uma manifestação inicial incomum de SAF
 PA0397 - Quadro neurológico como apresentação do cancro do pulmão - a importância da história clínica
 PA0399 - Hemorragia digestiva alta por rutura de varizes gástricas – desafio diagnóstico
 PA0401 - VASCULITE DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL – UMA CAUSA RARA DE AVC
 PA0404 - Um Diagnóstico Raro de Dor Radicular Persistente
 PA0406 - Disautonomia como manifestação de Amiloidose
 PA0408 - TROMBOSE VENOSA CEREBRAL COMO MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA MIELOPROLIFERATIVA

PA0409 - Linfadenite Necrosante Recorrente: Um Caso de Doença de Kikuchi-Fujimoto
 PA0415 - Afasia, nem sempre a causa é neurológica
 PA0417 - Doença de Whipple: Uma causa rara de diarreia crônica e perda de peso
 PA0420 - Hiponatremia grave como manifestação de lesão selar oculta
 PA0425 - Aseptic Meningitis as the initial manifestation of Behçet's Disease
 PA0428 - Metástase cerebral de adenocarcinoma da próstata: relato de caso
 PA0430 - Eventos Tromboembólicos: Um alerta para o diagnóstico de Policitemia Vera?
 PA0434 - Associação de Diabetes Mellitus com outras doenças autoimunes
 PA0438 - Fibroelastoma da válvula aórtica: uma causa rara de Insuficiência Cardíaca Aguda
 PA0443 - Ozonoterapia e espondilodiscite severa
 PA0445 - Limb-shaking syndrome – ver para crer
 PA0447 - Linfadenopatia Dermatopática - nem tudo o que parece é!
 PA0453 - Um caso menos frequente de rabdomiólise por estatinas
 PA0454 - Infecção disseminada por Nocardia cyriacigeorgica: Um caso de bacteremia com abscessos múltiplos
 PA0456 - Bacteriemia por Salmonella não tifóide: pista para neoplasia gástrica com metástase óssea isolada
 PA0457 - Miopatia Inflamatória – Uma apresentação pouco comum
 PA0464 - Sarcoma de Kaposi latrogénico-Um Caso Incomum.
 PA0467 - Entre a Infecção e a Inflamação: Um Caso de Pneumonia Organizativa
 PA0472 - Síndrome de Secreção Inapropriada de Hormona Antidiurética como efeito adverso do Escitalopram
 PA0477 - Nem tudo é alergia: O grande fingidor ataca novamente
 PA0481 - Entre a Paraparesia e a Restrição de Crescimento: um Caso Clínico complexo
 PA0483 - Gardnerella vaginalis, um agente raro de pneumonia: um caso clínico
 PA0486 - Diagnóstico tardio de Trombocitose Essencial
 PA0491 - Quando o álcool e a diabetes se unem
 PA0495 - Arterite de Takayasu: a ambiguidade do diagnóstico de uma doença rara com clínica desafiante
 PA0501 - Primary Mediastinal Large B-Cell Lymphoma: From Atypical Presentation to Venous Thrombosis
 PA0502 - Coma Mixedematoso - Quando o incumprimento terapêutico se transforma em Emergência
 PA0504 - Síndrome pulmão-rim por granulomatose com poliangeíte
 PA0507 - O Papel da Plasmaferese no Tratamento de Pancreatite Aguda Secundária a Hipertrigliceridemia
 PA0509 - Rabdomiólise Grave Induzida por Quetiapina: Um Desafio Diagnóstico
 PA0510 - Resistência ao Acenocumarol: Quando os Antagonistas da Vitamina K Falham
 PA0517 - Ascite quilosa como apresentação de linfoma B folicular
 PA0522 - Tromboembolismo pulmonar associado a nefropatia membranosa primária
 PA0527 - Uma causa inesperada de trombocitopenia isolada
 PA0531 - Equipa Cogestão Geriátrica em Portugal – um modelo de cuidados geriátricos
 PA0532 - Um caso raro de tumor testicular
 PA0534 - Da neoplasia pancreática ao adenocarcinoma pulmonar
 PA0536 - Schistosomíase: uma apresentação rara
 PA0542 - Bacteriemia a Pseudomonas aeruginosa – quando o tratamento é pior que a doença
 PA0548 - Amiloidose AL: O Infiltrado Silencioso Multissistémico
 PA0549 - Polimedicação no idoso: a importância da revisão medicamentosa sistematizada
 PA0550 - Leucemia Mielomonocítica e RUPUS - a complexidade de um diagnóstico
 PA0560 - Défice de cianocobalamina em doente sob metformina com evolução grave e hemólise intravascular
 PA0564 - Parotidite Viral num Adulto Idoso: Uma Infecção Subestimada com Risco Neurológico
 PA0567 - O desafio diagnóstico da tuberculose pleural
 PA0569 - Brucelose: O Desafio Diagnóstico de uma Zoonose Persistente
 PA0572 - Hipercalcemia Severa: Um Desafio Diagnóstico e Terapêutico
 PA0574 - Meningite a Listeria monocytogenes
 PA0576 - Infecção gonocócica disseminada ou artrite reativa?
 PA0577 - Emergência Hipertensiva: Apresentação atípica de Mieloma Múltiplo
 PA0583 - Edema – o (in)suspeito do costume
 PA0587 - Pneumonia organizativa em doente com esclerose sistémica
 PA0588 - O que há por trás de uma celulite facial
 PA0591 - Abscesso hepático de causa incomum
 PA0593 - You didn't see that coming
 PA0595 - Úlceras de pressão crônicas – uma causa inesperada de amiloidose AA
 PA0598 - Granulomatose Eosinofílica com Poliangeíte: Um Diagnóstico Desafiador

PA0600 - Coma mixedematoso - valorização da clínica versus resultados analíticos
 PA0604 - Hipertireoidismo por Doença de Graves: Um Diagnóstico Diferencial na Perda Ponderal
 PA0609 - Ecografia Point-of-Care na Avaliação da Volêmia e na Otimização Terapêutica: Relato de Caso Clínico
 PA0613 - O Síndrome Nefrótico- Doença de Berger
 PA0616 - NEM SEMPRE É ASCITE - A PROPÓSITO DE UM CASO DE TUMOR SEROMUCINOSO BORDERLINE DO OVÁRIO
 PA0619 - STREPTOCOCCUS GORDONII - UM INVASOR OPORTUNISTA
 PA0623 - UM MAL NUNCA VEM SÓ - A PROPÓSITO DE UM CASO DE HIPERPARATIROIDISMO PRIMÁRIO E MIXOMA AURICULAR
 PA0625 - COLANGIOCARCINOMA INTRA-HEPÁTICO COM METASTIZAÇÃO MENÍNGEA
 PA0629 - Derrame Pericárdico no Pós-EAM: Uma Armadilha Diagnóstica?
 PA0633 - Dois eventos raros: qual a probabilidade?
 PA0635 - Um bom raciocínio clínico vale mais que mil imagens
 PA0636 - A doença esquecida
 PA0637 - Diarreia Crônica e seus desafios terapêuticos no doente internado
 PA0644 - Uma apresentação atípica de Carcinoma Hepatocelular
 PA0655 - Síncope de esforço em doente com esclerodermia: desafios no diagnóstico e tratamento
 PA0656 - Carcinoma da mama à distância: um caso atípico
 PA0657 - Miopatia Congênita Central Core – Uma etiologia a não esquecer
 PA0662 - Um caso de pasteurelose invasiva
 PA0667 - A Tetraparesia súbita- Paralisia Periódica Hipocalêmica Tireotóxica
 PA0669 - Da emergência ao diagnóstico: o papel do líquido pericárdico na abordagem do tamponamento cardíaco
 PA0670 - Estimulação de barorreceptores carotídeos como tratamento de hipertensão resistente
 PA0674 - Síncope como Apresentação Inusitada de Linfoma
 PA0679 - Abordagem diagnóstica de uma massa mediastínica num serviço de Medicina Interna
 PA0680 - Nem tudo o que parece é
 PA0681 - Hepatite autoimune: a propósito de um caso de Esclerose Múltipla
 PA0682 - Co-infecção rara por Granulicatella adjacens e MRSA: Um caso de uma sépsis grave
 PA0683 - Adenite mesentérica associada a infecção por Helicobacter pylori em mulher jovem
 PA0699 - “Transplante de Microbiota Fecal na Colite Pseudomembranosa Recorrente: Um Relato de Caso”
 PA0702 - Macroamilasemia: uma causa rara de elevação da amilase
 PA0706 - Melanoma Metastático com Envolvimento Mediastínico
 PA0708 - Síndrome de Dubin-Johnson: and it was all yellow
 PA0711 - Discinesia Ciliar Primária: uma causa menosprezada de bronquiectasias no adulto
 PA0720 - Pneumocistose como apresentação da imunodepressão
 PA0727 - A história de um Síndrome de Sjogren primário
 PA0734 - Neoplasia de novo ou recidiva após 13 anos?
 PA0736 - De cólica renal a neoplasia vai uma grande distância
 PA0738 - Significado de acrocianose no idoso.
 PA0740 - Qual o azar? Um caso visceral
 PA0749 - Doença de Creutzfeldt-Jakob: um subdiagnóstico com destino traçado
 PA0750 - O Paradoxo da Supressão Viral: Vasculite Cerebral em Doente com VIH
 PA0751 - Défice de Vitamina B12 – Etiologia rara de Síncope
 PA0752 - Quando os pulmões sobem à cabeça
 PA0754 - Estatinas e mialgias: para além do óbvio
 PA0756 - Metástases Cerebrais a mimetizar infecção do SNC, a propósito de um caso clínico
 PA0758 - Enfisema Subcutâneo e Pneumomediastino: Uma Complicação da Sonda Nasogástrica
 PA0761 - Crise Visceral no Cancro da Mama Metastático: Definições a propósito de um Caso Clínico
 PA0767 - Hipertensão Arterial e Doença Renal na Doença Inflamatória Intestinal: coincidência ou causalidade?
 PA0770 - AUTODESTRUIÇÃO - O DESAFIO DAS DOENÇAS AUTOINFLAMATÓRIAS
 PA0771 - SÍNDROME DE CONGESTÃO PÉLVICA: O IMPACTO INVISÍVEL DA DOR CRÔNICA
 PA0772 - Complicações da Punção Lombar: Desafios e Riscos
 PA0774 - MALA: A bagagem pesada da Metformina
 PA0779 - Lembrete: nem todas as pneumonias são simples pneumonias
 PA0787 - Causa incomum de Hemorragia Digestiva
 PA0791 - Quando a Listeria te sobe à cabeça...
 PA0796 - A Enigmática Doença Óssea de Paget - um Caso Clínico

PA0802 - Um Caso de Recidiva de Tumor Neuroendócrino...
 PA0806 - Duas lesões cerebrais a desafiar o convencional
 PA0807 - (Des)obliterar a volição para a mudança
 PA0815 - Pneumocistose e VIH: uma relação fora do controlo
 PA0816 - Muito Além da Afasia: A Ponta do Iceberg de um diagnóstico de infeção por VIH
 PA0817 - Pioventriculite como complicação rara do abscesso cerebral
 PA0822 - Muito mais para além da dispneia
 PA0825 - Hipertensão Pulmonar ou Dilatação Auricular Direita? Desafios no Diagnóstico de Hipertensão Pulmonar
 PA0826 - Reação adversa rara mas fatal - hipofisite secundária a imunoterapia com pembrolizumab
 PA0831 - Out patient antimicrobial therapy em endocardite - um caso de sucesso
 PA0841 - Entre a Dor e a Urgência: Síndrome Torácica Aguda em contexto de Crise Falciforme
 PA0847 - Da terra para os pulmões
 PA0850 - Pericardite Recorrente em Doente com Doença de Crohn: Papel do Anakinra na Abordagem Terapêutica
 PA0852 - Neurofibromatose Tipo 1: Um diagnóstico corroborado pelos Nódulos de Yasunari
 PA0853 - Um Trauma Danado
 PA0856 - Adenopatias: do diagnóstico presuntivo ao diagnóstico final
 PA0863 - Meningite tuberculosa: o diagnóstico que não pode esperar
 PA0867 - Vasculite de grandes vasos - o valor dos exames de imagem
 PA0868 - Achromobacter Xylosodixans - um agente nosocomial oportunístico preocupante
 PA0869 - Amiloidose cardíaca - da síncope ao diagnóstico
 PA0872 - Imunossupressão e oncogénese, as duas faces da infeção VIH
 PA0873 - Abscessos Hepáticos por Klebsiella pneumoniae: Desafio Diagnóstico
 PA0874 - Tireotoxicose: Arritmia como primeiro sinal
 PA0876 - Icterícia e hepatomegalia: cancro da mama oculto como diagnóstico diferencial
 PA0882 - Nefropatia Membranosa anti-PLA2R
 PA0885 - Vale a pena o risco? Evento adverso raro de um fármaco de uso frequente
 PA0893 - Tuberculose Pleural em Jovem Migrante: Desafio Diagnóstico
 PA0896 - Tuberculose Peritoneal em Doente Cirrótica: A Importância do Diagnóstico Precoce
 PA0901 - Trombocitopenia grave induzida por Trimetoprim-Sulfametoxazol
 PA0905 - Quando o Parvovírus agrava a Anemia Hemolítica
 PA0911 - Tireoide e Lítio - uma relação tóxica
 PA0912 - Um Caso Raro de Piomiosite Multifocal: Diagnóstico e Gestão de um Caso Complexo
 PA0919 - Parece Tuberculose. Mas olhe de novo!
 PA0922 - Doença de Still do Adulto: Relato de um caso
 PA0923 - Caso de Histoplasmosse disseminada em doente VIH
 PA0924 - Apresentação atípica de Neurosífilis em doente VIH
 PA0927 - Síndrome Nefrótico como Manifestação Paraneoplásica de Carcinoma Urotelial
 PA0928 - Herpes Zoster em “zonas” atípicas
 PA0931 - Ascite como apresentação inaugural de neoplasia gástrica
 PA0932 - Doença de Tangier e Hipertireoidismo de novo: quando a tiróide não ajuda...
 PA0934 - Doença pneumocócica invasiva: sequelas visíveis e importância da vacinação em grupos de risco
 PA0940 - Cetoacidose diabética e toxicodermia induzida por Alpelisib
 PA0944 - Um nó na garganta: um caso complexo de disfagia
 PA0946 - Pequenos vasos, grandes estragos: um caso clínico de Budd-Chiari de pequenos vasos
 PA0947 - Um caso de Síndrome de Stevens-Johnson
 PA0948 - Insuficiência Primária da Suprarrenal - um diagnóstico à internista
 PA0950 - Síndrome de Sézary: A importância da suspeita precoce
 PA0952 - DO SINTOMA À DESCOBERTA: MAIS DO QUE UMA CEFALÉIA
 PA0958 - Tuberculose óssea: O raro também acontece!
 PA0959 - Quando há gamapatia sem clone – a propósito de um caso
 PA0968 - PET na Endocardite Infeciosa: um Aliado na Investigação Diagnóstica
 PA0975 - Cardiac amyloidosis presents as high-grade ascites
 PA0978 - Nem sempre o diagnóstico é pneumonia: pneumonite de hipersensibilidade induzida por ifosfamida
 PA0983 - Artrite reativa por campylobacter
 PA0984 - Macroamilasemia: achado laboratorial ou pista para o diagnóstico?
 PA0989 - Pericardite idiopática recorrente num desportista - alternativa terapêutica
 PA0993 - Sarcoidose com envolvimento hepático e hipertensão portal: um caso clínico.

PA0994 - Nem tudo é o que parece – desafio diagnóstico em jovem
 PA0997 - Hipersensibilidade e contraste: uma apresentação atípica
 PA0998 - Olho e pulmão: existe uma relação?
 PA1000 - AVC isquêmico em território arterial da Percheron – um desafio diagnóstico
 PA1003 - Neuromielite óptica – o desafio diagnóstico
 PA1008 - Carcinoma Tímico Metastático em Adulto Jovem: Um Desafio Diagnóstico e Terapêutico Multidisciplinar
 PA1009 - Diagnóstico de Linfoma de Hodgkin: entre a suspeita e a confirmação
 PA1011 - Mutação JAK 2: Uma ameaça vascular silenciosa
 PA1013 - Quando a resposta não está no pâncreas: Aspergilose e pancreatites de repetição
 PA1014 - Hepatite E aguda complicada com púrpura trombocitopênica idiopática grave: um relato de caso
 PA1022 - Espondilodiscite: duas apresentações, um desafio
 PA1026 - Da Bacteriemia à Cirurgia Urgente
 PA1028 - Derrame Pericárdico: A Primeira Pista para um Diagnóstico
 PA1030 - Mononucleose complicada por Síndrome de Guillain-Barré
 PA1034 - Colite secundária a inibidores de quinases
 PA1035 - Doença de Marchiafava-Bignami
 PA1043 - De AVC a Síndrome de Miller-Fisher - uma reviravolta na marcha diagnóstica
 PA1048 - Anemia hemolítica autoimune no adulto: a propósito de um caso clínico
 PA1049 - BÓCIO MULTINODULAR E COLANGITE BILIAR PRIMÁRIA: Uma associação inesperada?
 PA1051 - DRESS a Eslicarbazepina - uma reação adversa rara
 PA1053 - A Pergunta Certa no Momento Certo: O Papel Crucial da Anamnese no Diagnóstico da Síndrome de DRESS
 PA1054 - Síndrome de Evans: um mal nunca vem só
 PA1064 - Não há duas sem três
 PA1068 - Leiomiossarcoma Uterino: Uma Apresentação Atípica com Metástases Ósseas e Compressão Medular
 PA1074 - Dor Torácica pouco suspeita: uma pista oculta para um diagnóstico inesperado
 PA1079 - Embolização hepática de uma endocardite infecciosa
 PA1085 - Eosinofilia: duas entidades
 PA1092 - De gastroenterite à Leptoespirose.
 PA1100 - O que uma simples “dor de barriga” pode desvendar
 PA1101 - A culpa é da Ciprofloxacina!
 PA1102 - Linfadenite dermatopática – um diagnóstico de exclusão
 PA1110 - Uma apresentação atípica de Linfoma Não Hodgkin
 PA1115 - Infecção disseminada por BCG após instilações intravesicais: um desafio diagnóstico
 PA1117 - Sarcoidose – Uma Apresentação Clínica Enganadora
 PA1121 - Tromboembolismo Pulmonar e Descoberta de Tumor Miofibroblástico num Paciente Idoso
 PA1124 - Diagnóstico inaugural de Hemocromatose em doente com miocardites de repetição
 PA1129 - Muito Além do Coração: A Investigação Etiológica da Insuficiência Cardíaca
 PA1132 - PTT Congênita na Idade Adulta: Um Diagnóstico Raro Desencadeado por Infecção Pneumocócica.
 PA1136 - Síndrome de Melkersson-Rosenthal - um diagnóstico desafiante
 PA1140 - Poliglobulia Oscilante induzida por iSGLT2: o impacto em doentes com alto risco cardiovascular
 PA1144 - Eritema nodoso, um caso à flor da pele
 PA1153 - Adenopatia cervical como apresentação de plasmocitoma extramedular
 PA1155 - Porfíria Cutânea Tarda familiar, a relevância do teste genético ilustrada em caso clínico
 PA1156 - Défices neurológicos agudos com VIH inaugural: AVC ou algo mais?
 PA1157 - Abscesso do Psoas e Fístula Cutânea: Um Caso Atípico de Tuberculose Extra-pulmonar
 PA1158 - Neuropatia Periférica Alcoólica: Da Presunção Clínica à Complexidade do Diagnóstico Diferencial
 PA1161 - Síndrome de Eagle: Uma Causa Incomum de Dissecção Carotídea
 PA1165 - Esclerose lateral amiotrófica em idade tardia
 PA1166 - Acidente Vascular Cerebral como manifestação de Endocardite Infecciosa: Um Diagnóstico Desafiante
 PA1167 - Vasculite ANCA MPO - O Título Importa?
 PA1169 - Tromboembolismo venoso em doente jovem: alerta para o diagnóstico de uma trombofilia autoimune rara
 PA1170 - Espondilodiscite e Abscesso Psoas: O Desafio Diagnóstico de uma Neoplasia Gastrointestinal Subjacente
 PA1172 - Quando o Sistema Nervoso nos dá o Alerta: Infecções Oportunistas e o diagnóstico de SIDA
 PA1173 - AVC por embolia paradoxal
 PA1174 - O contributo do controlo metabólico no diagnóstico diferencial
 PA1175 - Do volante para a diálise: O Impacto da Automedicação na Função Renal
 PA1176 - Colite colagenosa - uma causa não tão comum de lesão renal aguda

PA1180 - Traqueopatia osteocondrolástica - um diagnóstico raro a ter em mente

PA1186 - O desafio diagnóstico das Massas Retroperitoneais

PA1190 - Síndrome da Cauda Equina Causada por Fístula Arteriovenosa Dural Espinhal

PA1191 - A Pele que fala - Ictiose Adquirida como primeira manifestação de Linfoma de Hodgkin

PA1194 - APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE DOENÇA DE KIKUCHI

PA1199 - Uma pista bioquímica para um diagnóstico esquecido: Doença de Paget

PA1202 - O RECONHECIMENTO PRECOCE DA APOPLEXIA PITUITÁRIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

PA1203 - SÍNDROME DE DRESS: PARA ALÉM DO RASH

PA1206 - Malária severa com reacção adversa a Artesunato - Caso clínico

PA1208 - Título: Fibrose Retroperitoneal Idiopática vs. Doença Relacionada com IgG4 – Um Desafio Diagnóstico

PA1214 - Hemicoreia Associada a Hiperglicemia Não Cetótica

PA1217 - Deficiência de Proteína C: A Importância de Considerar Trombofilia no Diagnóstico Diferencial

PA1221 - DILI Aguda por Sulfasalazina

PA1229 - Pericardite aguda associada a adenocarcinoma do pulmão: manifestação da doença ou do tratamento?

PA1236 - Síndrome de Stevens-Johnson e Ciprofloxacina: quando o improvável acontece

PA1238 - Síndrome do Desfiladeiro Torácico: nem sempre mais (costelas) é melhor

PA1241 - Rara causa de diabetes mellitus

PA1243 - Diagnóstico de Doença de McAdele após infeção por Mycoplasma Pneumoniae - um caso clínico

PA1247 - Doença de Hiper IgG4 – um desafio no diagnóstico

PA1248 - Infeção por Citomegalovírus: uma apresentação atípica

PA1250 - Hemofilia A Adquirida: Do Diagnóstico à Intervenção

PA1251 - Um “temporal” imunológico

PA1252 - Doença de Crohn no idoso: a propósito de um caso

PA1254 - Para além da hipertensão arterial: a propósito de um caso de hiperaldosteronismo primário

PA1255 - Um estranho caso de hipoglicemia

PA1256 - AVC, enxaqueca com aura e queixas mnésicas: qual a relação?

PA1262 - Mieloma múltiplo e amiloidose: qual relação?

PA1269 - Traíçoeira evolução do cancro da mama - Um caso de metastização leptomenígea

PA1272 - Neutropenia Febril induzida por ocrelizumab em doente com esclerose múltipla: Um Caso Clínico

PA1274 - Linfoma Difuso de Grandes Células B – o grande mimetizador

PA1277 - Para além da sintomatologia sicca - Síndrome de Sjogren com manifestações extraglandulares

PA1286 - Défice grave de ácido fólico – causa adquirida reversível de neutropenia

PA1292 - Vasculite e doença associada a anticorpos contra a glicoproteína da mielina de oligodendrócitos

PA1293 - Cardiomiopatia de Takotsubo

PA1296 - Febre de Origem Indeterminada? Considerar a Síndrome Maligna dos Neurolépticos!

PA1304 - Cefaleia ameaçadora de vida

PA1305 - Doença de Still do Adulto

PA1314 - Haemophilus influenzae não tipável – agente incomum de meningite no adulto

PA1315 - Endocardite de eletrocáteter

PA1317 - Tuberculose do Sistema Nervoso Central em doente imunocompetente: Desafio Diagnóstico

PA1318 - Malária Maligna em doente retornado do Uganda

PA1325 - Síndrome Hemofagocítica (SHF): a propósito de um caso clínico

PA1328 - Síndrome de Dress: a propósito de um caso clínico

PA1329 - Cirrose hepática secundária a défice de alfa-1 antitripsina

PA1331 - Diplopia como manifestação inicial de artrite de células gigantes

PA1332 - Cistite intersticial: a propósito de um caso clínico

PA1335 - Derrame pleural, um diagnóstico incerto

PA1340 - Nocardiose Pulmonar – a propósito de um caso clínico

PA1348 - Infeção disseminada sem ponto de partida: Como abordar?

PA1353 - Não morre da doença, morre da cura: um desafio clínico associado à imunossupressão

PA1356 - Desafios Diagnósticos na Hipergamaglobulinemia

PA1358 - Arterite de células gigantes e Polimialgia reumática: um diagnóstico oportuno e inesperado

PA1371 - Hemorragia Oculta: Quando a Endoscopia Não Conta Toda a História

PA1373 - Hepatotoxicidade por isoniazida em contexto de tratamento de tuberculose latente

PA1375 - Artrite de Células Gigantes – quando a primeira manifestação é o AVC

PA1377 - Febre como manifestação inicial de Síndrome Antissintetase

PA1378 - Infeções otogénicas e complicações neurológicas na ausência de manifestações clássicas

PA1382 - Imunidade Fora do Controle: Síndrome Hemofagocítico no Contexto de Lupus e HIV
 PA1384 - Síndrome de Ramsay-Hunt – mais que uma paralisia facial periférica
 PA1387 - Micobacteriose não tuberculosa, uma entidade incomum a considerar
 PA1389 - Um caso clínico de miocardite a VSR
 PA1390 - Nefrite tubulointersticial em contexto de bypass gástrico
 PA1393 - Insuficiência Tricúspide grave de causa iatrogênica
 PA1394 - Hypoxemic respiratory infection caused by Chlamydia psittaci: a case report
 PA1399 - Do Pseudotumor ao Mieloma Múltiplo: a propósito de um caso
 PA1400 - Endocardite Infeciosa Complicada: Apresentação Atípica com Desfecho Fatal
 PA1405 - Nódulos Miliares: para lá da Tuberculose
 PA1406 - Hiponatremia grave em doente jovem – a propósito de um caso clínico
 PA1409 - SIADH Idiopática no Idoso: Desafio Diagnóstico e Terapêutico
 PA1415 - Inesperado padrão em “largada de balões” no raio-X do tórax: um desafio diagnóstico
 PA1422 - Angiossarcoma hepático associado a síndrome de obstrução sinusoidal, a propósito de um caso clínico
 PA1424 - Mal de Pott
 PA1425 - Intracranial lesions as a manifestation of invasive Aspergillus infection: a case report
 PA1431 - Peritonite num contexto diferente
 PA1433 - Sarcoidose: um culpado singular para múltiplas ofensas
 PA1435 - Quando o inesperado bate à porta dos 80: um caso atípico de vasculite granulomatosa com eosinofilia
 PA1438 - Granulomatose Sifilítica: Desafios no Diagnóstico e Tratamento
 PA1440 - Ascite e Insuficiência Renal: O Disfarce de uma Leucemia
 PA1444 - Trombocitopenia Imune um desafio terapêutico
 PA1453 - Infecções respiratórias recorrentes: um caso de Pneumonia Organizativa pós-COVID-19
 PA1455 - Olhos Bem Abertos: quando a Neurite Óptica Isquêmica espelha surpresas do coração.
 PA1457 - A arte da observação: o impacto da semiologia no diagnóstico rápido
 PA1464 - A imigração de uma infecção endêmica: Melioidose multifocal esplênica
 PA1470 - TEP e Derrame Pleural: Duas Faces de uma Neoplasia
 PA1479 - Meningite pneumocócica – a importância do teste de resistências e sua análise
 PA1485 - Crises Epiléticas Focais com Alucinações Visuais: Um Caso Clínico
 PA1487 - Neuroborreliose
 PA1490 - A Gota D'água: Derrame Pericárdico Como Manifestação Extrema de LES Não Tratado
 PA1491 - Tuberculose Parotídea: Uma Face Inesperada da Doença Extrapulmonar
 PA1492 - Hipoxemia Dependente da Postura: Caso de Síndrome Platipneia-Ortodeoxia Pós-Tromboembolismo Pulmonar
 PA1494 - Tuberculose Disseminada: relato de um caso clínico
 PA1497 - Temos uma fungemia...e agora?
 PA1499 - Um padrão atípico de metastização do cancro do cólon e reto
 PA1500 - Takotsubo invertido num homem idoso- um caso raro
 PA1504 - Tuberculose pulmonar: o difícil é confirmar.
 PA1505 - Quando a Asma tardia e a eosinofilia desvendam uma Vasculite
 PA1506 - Do Lúpus ao Caos: Um Caso Raro de Síndrome Hemofagocítico
 PA1507 - Pancreatite aguda como manifestação de Linfoma de Burkitt
 PA1509 - Mieloma de Bence Jones: Um desafio diagnóstico num paciente com insuficiência renal
 PA1511 - Diabetes e Neuropatia - um diagnóstico inesperado
 PA1512 - Síndrome de Sweet como sinal prodromico de Sarcoidose
 PA1514 - Doença de Weil: uma apresentação atípica de leptospirose
 PA1516 - Uma causa pouco comum de atingimento neurológico por défice de ácido fólico
 PA1517 - Acidente Vascular Cerebral Isquémico como primeira manifestação clínica de Policitemia Vera
 PA1518 - Da síndrome coronária à emergência cirúrgica
 PA1521 - Adenopatias e febre recorrente: o diagnóstico desafiante da Doença de Behçet
 PA1524 - Metastização invulgar: um caso raro de metastização muscular de um carcinoma da mama
 PA1529 - Pseudohipoparatiroidismo em adulto jovem – um caso clínico
 PA1530 - Síndrome de Rapunzel - ao encontro do diagnóstico
 PA1535 - Amiloidose Cardíaca – A propósito de um caso clínico
 PA1536 - Síndrome de anti-sintetase – desafio e complexidade do tratamento
 PA1538 - ENTRE A REMISSÃO E O LINFOMA: O IMPACTO DO METOTREXATO
 PA1540 - SÍNDROME DE CUSHING ASSOCIADA A MACROADENOMA HIPOFISÁRIO - Desafio Diagnóstico
 PA1541 - Crise hipertensiva no serviço de urgência: um caso de hipertensão arterial renovascular

PA1542 - Causa ou consequência? - Um caso de fibrilhação auricular de difícil controlo

PA1545 - AVC hemorrágico multiterritorial no doente hipocoagulado – um desafio etiológico

PA1552 - Défices neurológicos recidivantes em doente jovem

PA1554 - Pioderma gangrenoso, um raro mas importante diagnóstico diferencial

PA1555 - Disfonia, uma apresentação incomum de aneurisma da aorta?

PA1561 - Feocromocitoma em doente com bócio multinodular: a importância do diagnóstico correto

PA1565 - Neuropatia óptica tóxica: será que conseguimos ver a causa?

PA1568 - A Lombalgia como manifestação inicial de embolização séptica: A relevância da avaliação sistémica

PA1570 - Até onde a incerteza nos pode levar: a odisseia diagnóstica do Linfoma T Angioimunoblástico

PA1575 - Tuberculose - um diagnóstico de persistência

PA1581 - Colite infecciosa a *Strongyloides stercoralis* - uma entidade rara

PA1582 - Glioblastoma temporal: um problema de linguagem

PA1586 - Alterações do comportamento - nem sempre é a demência!

PA1587 - Carcinoma Seroso de localização primária desconhecida: diagnóstico casual de uma doença agressiva

PA1592 - Foramen Ovale Patente (FOP) - Causa rara de AVC

PA1595 - Síndrome hipereosinofílica com Síndrome de Loeffler consequente a ingestão de agrião.

PA1596 - Lesões ocupantes de espaço - caso clínico

PA1605 - Hiperviscosidade e Raynaud: Macroglobulinémia de Waldenström com Leucemia linfoplasmocítica

PA1606 - Aplasia medular por *Anaplasma phagocytophilum* - um diagnóstico raro e potencialmente fatal

PA1611 - Quando a Raridade se Torna Realidade: O Desafio Clínico da Criptococose

PA1612 - Crioglobulinemia, anemia hemolítica e malária – caso raro em grávida

PA1614 - Fraqueza Muscular Recorrente: Um Enigma Metabólico

PA1616 - Coproporfíria Hereditária: Abordagem Diagnóstica e Desafios associados – estudo de caso

PA1618 - Síndrome papular-purpúrica em luvas e meias – uma apresentação adulta de uma infeção pediátrica

PA1626 - Amiloidose AA associada a infeção crónica com atingimento multissistémico

PA1627 - Nos limites do pericárdio: Tuberculose cardíaca

PA1633 - Uma causa rara de dor cervical

PA1637 - Uma causa rara de hemorragia

PA1643 - De pé e sem ar: O mistério da dispneia postural

PA1647 - Meningoencefalite por *Streptococcus agalactiae* – um caso numa doente idosa

PA1649 - Anemia Hemolítica Autoimune: Um Caso de Hemólise Mista

PA1651 - Hepatite E associada a Lesão renal aguda

PA1654 - Hemicoreia e hiperglicémia: a propósito de um caso clínico

PA1665 - Muito Além da Mononucleose: Um Caso Raro de Meningorradiculite por EBV

PA1666 - Síndrome Budd-Chiari como manifestação inaugural de Hemoglobínúria Paroxística Noturna (HPN)

PA1670 - Nefrite intersticial aguda: a propósito de um caso clínico

PA1673 - Idoso séptico e multimórbido - Um caso de sucesso

PA1684 - Quando a Leptospirose Não Explica Tudo

PA1688 - REATIVAÇÃO DE VÍRUS VARICELA-ZOSTER (VZV) COMPLICADA DE SÍNDROME DE RAMSAY-HUNT E MENINGOENCEFALITE

PA1696 - Surdez de Lyme: Tempo é audição

PA1698 - Vasculite IgA no adulto: caso clínico

PA1702 - Uma apresentação rara de sarcoidose

PA1704 - Síndrome Antifosfolípídico Catastrófico: um caso raro

PA1708 - Marcha diagnóstica num caso de vómitos incoercíveis

PA1711 - NEM SEMPRE É INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, ESTENOSE AÓRTICA OU SÍNDROME CORONÁRIA AGUDA: AMILOIDOSE ATTR

PA1712 - Açúcar a mais, Controlo a Menos: Hemicoreia Hiperglicémia não cetónica

PA1714 - Aulpioides

PA1722 - Tuberculose Pulmonar e Doença Celíaca: um mal nunca vem só

PA1724 - Reativação de parvovirose em doente imunossuprimido

PA1729 - Síndrome de DRESS: Diagnóstico a considerar na febre não infecciosa

PA1737 - Trombofilias na trombose venosa em localizações atípicas

PA1739 - Pancitopenia de Novo: Uma etiologia a não esquecer!

PA1742 - FUNGÉMIA POR *CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS* EM DOENTE COM INFEÇÃO POR VIH NAÍVE

PA1754 - Derrame Pleural na Leucemia Linfocítica Crónica: Uma Manifestação Rara de Progressão da Doença

PA1755 - Pseudoxantoma elástico

PA1763 - Pneumonia em organização criptogénica – quando a pneumonia não responde a antibióticos

PA1768 - Arritmia como apresentação inicial na Amiloidose Cardíaca.

PA1769 - Quando a Diarreia Não é Apenas uma Diarreia: O Desafio da Giardíase em Idosos

PA1772 - Quando o Herpes Genital Complica: Meningite por HSV-2 em Imunocompetente

PA1776 - Síndrome de VEXAS - Uma entidade a não esquecer

PA1778 - Anamnese Detalhada, Etiologia Identificada

PA1780 - Diagnóstico Tardio de Déficit de Alfa-1 Antitripsina em doente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

PA1781 - Fasceíte Eosinofílica - um desafio terapêutico.

PA1783 - PACEMAKER NA PREVENÇÃO DE QUEDAS – um caso de síndrome do seio carotídeo

PA1787 - Sarcoidose Cutânea com Envolvimento Multissistémico

PA1788 - Micobacterium Shimoidei – um caso de micobacteriose atípica

PA1789 - Um caso de tuberculose miliar disseminada num doente com mieloma múltiplo

PA1790 - Abscesso hepático: uma surpresa indesejada pós-colonoscopia

PA1792 - Síndrome Platipneia-Ortodeoxia: um caso clínico

PA1796 - Síndrome de Goodpasture: Um Diagnóstico Desafiante em Medicina Interna

PA1797 - Quando a Anemia Tem uma Causa Rara: Hemoglobinúria Paroxística Noturna

PA1805 - Um Cushing incomum

PA1809 - Procurar mais fundo: Um caso de hiperparatireoidismo primário com adenoma ectópico

PA1810 - Leucemia Promielocítica Aguda: Uma Emergência Hematológica

PA1814 - Quando adenopatias generalizadas são a chave para o diagnóstico de vasculite urticariforme

PA1824 - A vasculite por IgA como causa de duodenite

PA1825 - Hipoglicemia como apresentação paraneoplásica de adenocarcinoma gástrico

PA1826 - Crise Miasténica: Um Caso de Urgência

PA1829 - Quando o tratamento é o problema: vasculite induzida por fármacos

PA1837 - Tromboembolismo paradoxal em doente com acidente vascular cerebral cardioembólico

PA1842 - Linfoma B difuso de grandes células com apresentação como tumefação inguinal

PA1843 - Colite infecciosa por Citomegalovírus em doente imunocompetente

PA1845 - Pênfigo Vulgar: Um desafio diagnóstico

PA1852 - Dor no dedo do pé - um caso

PA1863 - Síndrome de DRESS: O Paradoxo do Tratamento

PA1867 - Síndrome de Wernicke-Korsakoff: a importância do reconhecimento precoce em contexto de Urgência

PA1869 - Tempestade Tiroideia: Desafio Clínico em Doente com Hipertireoidismo e Insuficiência Cardíaca

PA1870 - Dermatomiosite Hipomiotópica no Síndrome Antisintetase: o Desafio

PA1871 - O Poder dos Cuidados Paliativos na Neoplasia com Perfuração do Cólon Sigmoide

PA1874 - Anemia Perniciosa e Esplenomegalia: Uma Associação Rara

PA1876 - Hemorragia subaracnoideia: a “foice” da MAV (uma lição da imagem)

PA1882 - Hungry Bone Syndrome: um mal silencioso no doente oncológico

PA1884 - Discrasia hemorrágica na psoríase: um caso de sobreposição autoimune

PA1887 - A emergência médica no trauma torácico

PA1888 - Explorando a Síndrome de Marchiafava-Bignami: Um Estudo Clínico.

PA1889 - Omalgia num diagnóstico de endocardite

PA1891 - Anemia hemolítica autoimune tipo quente – um caso idiopático e paradigmático

PA1892 - Um caso de apoplexia hipofisária após enfarte agudo do miocárdio

PA1893 - Derrame pericárdico em doente com sarcoma de Kaposi

PA1895 - Hepatite tóxica induzido pelo Imatinib

PA1898 - Tamponamento cardíaco como apresentação inicial de adenocarcinoma do pulmão

PA1908 - Síndrome de Sheehan: um desafio no diagnóstico pós-natal

PA1911 - Síndrome de Ogilvie – Um Caso Atípico

PA1912 - Colangite Biliar Primária AMA negativa e neuropatia axonal: uma associação rara

PA1913 - Linezolid e Hiperlactacidemia: Quando o Tratamento se Torna um Desafio

Underreported Pain Sources in Palliative Care: A Case of Immune Checkpoint Inhibitor Adverse Events

Ana Coimbra; Ana Lourenço Jardim; José Pedro Fernandes; Jandira Lima; Rui Garcia
Unidade Local de Saúde de Coimbra

Tema: Cuidados paliativos/ Hospitalização Domiciliária

Introduction

Precision in pain assessment is fundamental to high-quality palliative care, requiring a keen eye for underrecognized pain syndromes that increase symptom burden and hinder management. We report a case of polymyalgia rheumatica-like (PMR-like) syndrome induced by immune checkpoint inhibitor (ICI) therapy, a frequently overlooked cause of refractory pain. Recognizing and addressing reversible pain etiologies is essential to ensuring timely intervention, optimizing comfort, and improving quality of life in palliative care.

Case Presentation

A 68-year-old man with stage IV esophageal squamous cell carcinoma, initially treated with eight cycles of FOLFOX (fluorouracil, leucovorin, oxaliplatin), developed worsening fatigue, asthenia, and generalized pain. Believed to indicate disease progression, these symptoms prompted temporary weekly Paclitaxel while awaiting Nivolumab approval, which was then initiated bi-weekly; however, his condition deteriorated with escalating symptoms and progressive decline. After a COVID-19 infection, pain intensified, severely limiting mobility, with no response to escalating analgesics including opioids. Referred to palliative care, he was found to have inflammatory polyarthralgia with clinical arthritis of both wrists and marked pain on mobilization. A brief course of Prednisolone provided transient relief; however, symptoms relapsed upon cessation. He was ultimately diagnosed with a PMR-like syndrome, likely an immune-related adverse event, and started on Hydroxychloroquine 200 mg and Dexamethasone 4 mg, which was subsequently intensified up to 8 mg to achieve complete pain resolution, restore mobility, and improve functional capacity.

Discussion

Precise symptom assessment is central to palliative care, as unrecognized etiologies cause unnecessary suffering. ICIs such as Nivolumab are a cornerstone of modern oncology, yet their immune-related adverse events, including PMR-like syndromes, remain underreported and often prompt ineffective opioid escalation. In this case, standard pain management provided little relief, but a tailored immunomodulatory approach led to rapid resolution, emphasizing the need for heightened clinical awareness of reversible pain syndromes to reduce burden and restore comfort in palliative care.

Produtos “naturais”, quase fatais!

Joana Araújo Correia; Inês Trabucho; António Leão; Inês Pintassilgo; Vilma Laís Grilo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

O uso de produtos de ervanária, sem indicação médica, acarreta riscos. Embora sejam considerados produtos de origem natural, apresentam substâncias ativas cujos efeitos podem ser nefastos para a saúde.

Mulher, 42 anos, com antecedentes de doença celíaca, recorre à Urgência por episódio de síncope, com traumatismo crânio-encefálico, sem pródromos, nomeadamente palpitações, precordialgia, tonturas, visão turva, náuseas ou hipersudorese. Referia que, desde há um mês, apresentava diarreia, sem sangue ou muco. Negava vômitos, febre e dor abdominal. À observação, apresentava desidratação das mucosas e hipotensão. A gasometria arterial revelou uma alcalose metabólica, hiponatremia de 124 mmol/L e hipocaliemia de 1.7 mmol/L. Fez ECG, apresentando um ritmo sinusal com depressão de ST e inversão da onda T difusa, sem prolongamento do QT. Ficou internada por quadro de diarreia crónica, hipocaliemia e desidratação grave. À anamnese, negava viagens recentes, consumo de água impotável ou de produtos não pasteurizados. Negava toma de medicação habitual, porém consumia diversos produtos de ervanária, a salientar chá de *Moringa oleifera* e óleo de *Primrose* (derivado da planta *Oenothera biennis*), com ação diurética e laxante, respetivamente.

No internamento, colheu serologias, coproculturas e exame parasitológico das fezes para estudo da diarreia crónica, cujos resultados foram negativos. Após correção dos distúrbios hidroeletrólíticos e suspensão do consumo dos produtos de ervanária, houve resolução total do quadro de hipocaliemia e diarreia e não se objetivaram mais episódios de síncope. Por este motivo, assumiu-se como causa provável para o quadro o consumo de produtos de ervanária referidos pela doente.

Este caso teve um desfecho favorável, porém poderia ter sido fatal tendo em conta a gravidade da hipocaliemia e o risco associado de arritmias. O consumo de produtos de ervanária deve ser cauteloso uma vez que pode ter vários efeitos adversos associados, com impacto na homeostasia.

O desafio diagnóstico da Síndrome de Marchiafava-Bignami

Paula F. Nogueira; Ana Margarida Morgado; Nataliya Pylip; Pedro Gomes Santos; Mihail Mogildea

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALGARVE

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A Síndrome de Marchiafava-Bignami (SMB) é uma doença rara, associada ao alcoolismo crónico e à desnutrição severa. Embora tenha sido descrita em homens de meia-idade, com consumo excessivo de vinho, a doença também pode afetar indivíduos sem esse histórico, como este caso nos mostra. A apresentação clínica da SMB varia bastante, mas este caso é particularmente interessante e desafiante por envolver uma paciente jovem, sem o tradicional quadro de alcoolismo.

Mulher de 41 anos, belga, a residir em Portugal há 6 meses como nómada digital. Deu entrada no Serviço de Urgência após ser encontrada caída, inconsciente. Objetivou-se diminuição do nível de consciência (Glasgow 10 - O3;V2;M5), pupilas midriáticas, simétricas e reativas, mau estado geral, com sinais de sarcopenia e várias lesões cutâneas, sugestivas de picadas de insetos. O restante exame físico sem alterações.

De antecedentes apresenta perturbação bipolar e ansiedade, medicada com Alprazolam e Trazodona. Sem história de consumos.

Nos exames laboratoriais, verificou-se apenas um aumento ligeiro da Creatina-fosfoquinase sérica. A tomografia computadorizada (TC) cerebral revelou uma hipodensidade difusa no corpo caloso, o que sugeriu uma lesão ativa, possivelmente tóxica/ metabólica. A ressonância magnética (RM) cerebral confirmou a presença de uma lesão compatível com a fase aguda da SMB. Iniciou-se a suplementação com tiamina, ácido fólico e outras vitaminas do complexo B, com melhoria neurológica.

A SMB é uma condição neurológica rara que afeta principalmente o corpo caloso, ocorrendo a sua desmielinização, que origina sintomas neurológicos variados. Embora a etiologia não seja completamente compreendida, o consumo crónico e excessivo de álcool está frequentemente associado a essa condição. O diagnóstico é desafiante, pois os sintomas podem sobrepor-se a outras condições neurológicas e psiquiátricas. A ressonância magnética é fundamental para o diagnóstico, mostrando lesões típicas no corpo caloso, com alterações em T1, T2, FLAIR e difusão. O início atempado da terapêutica com vitaminas do complexo B tem um efeito determinante na recuperação. A ocorrência de SMB numa mulher jovem, sem história de alcoolismo reforça a importância da consciencialização desta síndrome, sobretudo em pacientes com sintomas neurológicos agudos de causa indeterminada.

Rothia mucilaginosa na etiologia da pneumonia adquirida na comunidade

Mafalda M. Ferreira¹; Constança Antunes²; Sofia Rocha²; Marta Almeida²; Carolina Santos²; André Cartaxo²; Sara Casanova²; João Domingos²; Kamal Mansinho²

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE CASTELO BRANCO

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LISBOA OCIDENTAL

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A *R. mucilaginosa* é um coco Gram positivo, que integra o microbioma da orofaringe e do trato respiratório superior. Estão descritos poucos casos sobre infeções por este micro-organismo, não sendo possível aferir com certezas a sua prevalência e importância clínica. Sabe-se que é um agente oportunista, causando infeção em doentes imunodeprimidos e em imunocompetentes com fatores de risco (ex: patologia pulmonar estrutural).

Descrição do caso

Apresenta-se um homem de 60 anos, com doença pulmonar obstrutiva crónica tabágica, que foi ao SU por início súbito de dor pleurítica, tosse com expectoração mucopurulenta e hemoptóica, dispneia e febre. Dos exames complementares de diagnóstico, destaca-se:

- Gasimetria arterial: insuficiência respiratória (IR) tipo 1;
- RX-tórax: hipotransparências bilaterais compatíveis com condensações;
- TC-tórax: extensas consolidações parenquimatosas com broncograma aéreo e alterações fibrocicatríciais, bronquiectasias, enfisema e cavitação;
- 1 baciloscopia positiva.

Perante a suspeita de tuberculose pulmonar com possível sobreinfeção bacteriana a condicionar IR, o doente foi internado. Iniciou-se amoxicilina-ácido clavulânico. Pela suspeita de tuberculose ativa e apenas uma baciloscopia positiva, solicitou-se exame bacteriológico da expectoração e PCR de *M. tuberculosis complex*. Não se identificaram BAAR ou PCR positiva de *M. tuberculosis*, mas isolou-se *R. mucilaginosa* (sensibilidade com exposição aumentada a benzilpenicilina e resistente a levofloxacina). Concluiu-se que o doente tinha uma pneumonia adquirida (PAC) na comunidade por *Rothia mucilaginosa*.

Como mantinha febre ao 4º dia, alterou-se antibioterapia para piperacilina-tazobactam, que manteve 10 dias, que levou a melhoria clínica e analítica.

Discussão/conclusão

O caso põe em evidência a *R. mucilaginosa* como agente causal de PAC num doente imunocompetente com patologia pulmonar estrutural, que é fator de risco. As amostras *gold standard* para isolamento de *Rothia mucilaginosa* são as secreções brônquicas profundas, mas podemos assumir esta bactéria como o agente etiológico, pois o seu isolamento foi obtido a partir de uma amostra respiratória de boa qualidade.

Quando a ascite volta – o mesotelioma peritoneal como uma causa rara

Bárbara Laczkovits; Ricardo Jorge Sousa; Luísa Veiga de Sousa; Nuno Cerejeira; Filipa Macieira; Margarida Oliveira; Joana Alves Vaz; Teresa Medeiros

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

Mesotelioma é uma neoplasia rara e agressiva com origem nas células mesoteliais, nomeadamente da pleura, peritонеu ou pericárdio. Após a pleura, o peritонеu é a localização mais frequente deste tumor. Mesotelioma peritoneal (MP) pode ter uma clínica inespecífica, insidiosa e com opções terapêuticas limitadas.

Caso Clínico

Homem de 82 anos, CFS 2, com antecedentes de hipertensão arterial, tabagismo prévio e dislipidemia, encaminhado por quadro de perda ponderal não quantificada, aumento do volume abdominal, enfartamento pós-prandial e anorexia com cinco meses de evolução. Do estudo complementar, TAC com ascite de grande volume e espessamento difuso do peritонеu de padrão nodular, suspeitas de implantes metastáticos. Pela recidiva de ascite realizou várias paracenteses com líquido ascítico com predomínio de mononucleares, gradiente sero-ascítico $<1,1$ e citológico com marcada hiperplasia mesotelial reativa. Optou-se por biópsia de implante peritoneal, que documentou “neoplasia de arquitetura papilar constituída por células poliédricas de citoplasma abundante e eosinofílico com núcleos com atipia citológica ligeira, compatíveis com mesotelioma”. PET a evidenciar “carcinomatose peritoneal e metastização ganglionar mediastínica, derrame pleural direito com captação heterogênea, suspeito de etiologia maligna”. Estudos endoscópicos sem alterações. Discutido caso interdisciplinarmente e considerado não haver indicação cirúrgica, pelo que manteve seguimento pela Oncologia para quimioterapia paliativa.

Discussão

Embora causa rara de ascite recidivante, o MP pode constituir um desafio diagnóstico, apesar da melhoria de acuidade diagnóstica dos exames de imagem. Não há consenso quanto à terapêutica a instituir, mas permanece como terapêutica com intuito curativo a cirurgia e a quimioterapia intraperitoneal. Uma vez que o diagnóstico é frequentemente tardio, apresenta uma elevada taxa de mortalidade e morbidade.

Nocardiose Pulmonar em Doente Imunocompetente

**Dr. Diogo Dias; Dr. João Macedo; Dr^a. Andreia M.Teixeira; Dr. José Coutinho Costa;
Dr. José Luís Brandão; Dr. Luís Andrade**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ENTRE DOURO E VOUGA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Nocardiose Pulmonar em Doente Imunocompetente

A nocardiose é uma infeção bacteriana pouco comum, causada por um bacilo gram positivo aeróbio álcool-acido resistente. A nocardiose é frequentemente uma infeção oportunista, mas um terço dos doentes infetados são imunocompetentes.

Reporta-se o caso de um homem com 73 anos, hipertenso e com hiperplasia benigna da próstata que recorreu ao serviço de urgência com quadro de tosse não produtiva com 2 semanas de evolução e febre com 1 semana de evolução. Tinha cumprido ciclo de antibiótoterapia com amoxicilina/clavulanato e posteriormente claritromicina, sem resolução. Estudo analítico com elevação da proteína C reativa (100mg/dl), procalcitonina negativa (0.03ng/mL), radiografia de tórax com infiltrados alveolares difusos bilateralmente e hipoxemia com hipocapnia na gasimetria arterial. Diagnosticado com pneumonia vírica e realizado tratamento médico com broncodilatação e corticoterapia. Sem isolamento de agente microbiológico.

Posteriormente, apresentou agravamento do estado geral com recrudescimento de febre. Em consulta de agudização de Medicina Interna repete estudo analítico com colheita de hemoculturas. Radiografia de tórax mantinha infiltrados algodonosos. Iniciada levofloxacina empírica. Hemoculturas com isolamento de *Citrobacter koseri* (igual isolamento no microbiológico de urina) e *Nocardia cyriacigeorgica*, assumindo-se nocardiose pulmonar. Em regime de internamento é iniciado cotrimoxazol 15mg/kg/dia e amicacina 15mg/kg/dia. Foi submetido a broncofibroscopia e lavado broncoalveolar com a identificação de *Nocardia cyriacigeorgica*.

A nocardiose é uma doença incomum, mas emergente em doentes imunocompetentes, sem patologia estrutural pulmonar, condicionando elevada morbimortalidade. O presente caso permite refletir sobre a diversidade da patogenia das infeções respiratórias e da necessidade da suspeita de microrganismos menos comuns em quadros com evolução atípica.

Tuberculose ocular – uma causa rara de uveíte

Constantin Sitari; João Pires Santos; Marta Silva Lobo; Rosario Blanco Sáez; Catarina Tenazinha

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALGARVE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A tuberculose ocular (TBO), representa 0,2% a 10,5% dos casos de uveíte, dependendo da endemia da tuberculose (TB). Os fenótipos típicos são: Vasculite retiniana oclusiva periférica, Granulomas coroidais, Coriorretinopatia serpigiosa. O diagnóstico é presumido com base na epidemiologia, achados clínicos e positividade do teste Interferon Gamma Release Assay (IGRA). O tratamento é semelhante ao da TB pulmonar.

Caso clínico

Homem, 30 anos, sem antecedentes ou medicação habitual. Queixas de hiperémia ocular bilateral indolor e “visão turva” com 6 meses de evolução. Encaminhado da consulta de oftalmologia, onde foi diagnosticado com panuveíte bilateral com granulomas da coroide. Realizou terapêutica com corticosteroide tópico e sistémico sem melhoria. Analiticamente de relevo: leucocitose com neutrofilia, velocidade de sedimentação dos eritrócitos 4 mm/h, proteína C reativa <0.1 mg/L, Enzima Conversora da Angiotensina normal (25 U/L). Realizou o teste IGRA com resultado positivo. A tomografia computadorizada (TAC) do tórax evidenciou sequelas de TB no ápex pulmonar direito. De acordo com os critérios de classificação da TBO assumiu-se diagnóstico provável: fenótipo ocular típico de TBO, TAC tórax compatível com infeção previa, evidência imunológica de infeção. Não realizou colheita de amostra de tecido/fluido para teste de TB devido ao risco associado e baixa sensibilidade. Iniciou tratamento com Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida e Etambutol, mantendo corticoterapia sistémica (para reduzir a resposta inflamatória e evitar as sequelas) com melhoria clínica verificada no exame oftalmológico. Mantém seguimento em consulta externa de Oftalmologia e Doenças Infecciosas.

Discussão

Embora rara, a TBO deve ser considerada em casos de uveíte de etiologia desconhecida ou que não responde à terapia convencional. Em doentes com achados oculares sugestivos deve-se realizar triagem para TB, e, se for positiva, devem ser tratados com terapêutica quadrupla.

Doença Pneumocócica invasiva, a propósito de um caso clínico

Ana Isabel Ribeiro; Adriano Neto; Joana Moniz; Lueji Gumbe; Daniela Antunes; Tiago Seco

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE LEIRIA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A Doença Pneumocócica Invasiva (DPI) é uma causa relevante de morbilidade e mortalidade. Em idosos (>65 anos), a incidência pode atingir 20-30 casos/100.000 habitantes. Em Portugal, a vacinação reduziu casos em crianças, mas a DPI continua um risco em idosos e imunocomprometidos. Este caso reforça a importância da vacinação.

Caso Clínico

Mulher, 92 anos, com diabetes *mellitus* e dislipidemia, sem vacinação antipneumocócica prévia. Admitida com cefaleias, vômitos e febre de início súbito. Observou-se alteração do estado de consciência e quadro respiratório com polipneia, uso de musculatura acessória e saturação de 88% em ar ambiente. Apresentava-se prostrada, com rigidez da nuca e 11 pontos na escala de Glasgow.

Os exames revelaram parâmetros inflamatórios elevados, infiltrados bilaterais no tórax e espessamento da mucosa dos seios maxilar e esfenoidal na tomografia. Dado o quadro febril e neurológico, realizou-se punção lombar, obtendo-se LCR purulento. Assumiu-se pneumonia bacteriana e meningite provável, iniciando-se ceftriaxone, ampicilina, aciclovir e dexametasona.

As hemoculturas, antigenúria e biologia molecular do LCR identificaram *S. pneumoniae*, confirmando DPI. Houve boa resposta ao tratamento, com simplificação terapêutica e alta hospitalar em plena recuperação do estado de consciência e autonomia.

Discussão

A DPI continua a ser uma causa significativa de morbilidade e mortalidade, especialmente em populações vulneráveis, como crianças pequenas e idosos. A vacinação tem sido um fator crucial na redução da incidência dessa doença. A introdução das vacinas pneumocócicas conjugadas no PNV resultou numa redução significativa das formas invasivas da doença em crianças pequenas. A cobertura vacinal em Portugal é bastante elevada, o que tem contribuído para a redução da incidência geral da DPI. No entanto, na população idosa ainda há uma grande lacuna. Queremos assim, reforçar a importância da vacinação nesta faixa etária.

Corticóides e um oportunista bem escondido

Nuno Pardal; Beatriz Matos Rosas; Bruno Daniel Carneiro; Inês Carvalho Macedo; Marta Batoca Sousa; Luís Pontes Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A nocardiose é uma infeção oportunista rara com atingimento pulmonar, causada por *Nocardia* spp e associada a estados de imunossupressão. O diagnóstico é desafiante pela clínica inespecífica e difícil identificação do agente.

Caso Clínico

Homem, 48 anos, fumador com polineuropatia inflamatória desmielinizante crónica sob prednisolona 60mg/dia desde agosto, com perda ponderal de 14% em 6meses. Avaliado em dezembro por tosse seca e dor torácica pleurítica direita com 5dias de evolução. À admissão com lesão no lobo superior direito com conteúdo hidroaéreo e espessamento pleural. Admitida pneumonia necrotizante iniciando Ceftriaxone/ Metronidazol empiricamente e drenagem pleural. Apresentou melhoria lenta parcial durante o internamento sem isolamento microbiológico [MB] (secreções brônquicas, hemoculturas, líquido bronco-alveolar [LBA] e líquido pleural [LP]) e com citologia de LP negativa. Após 31dias de antibioterapia (ATB) endovenosa teve alta sob Cefixima e Metronidazol oral. Readmitido 3dias após a alta por febre e empiema à direita, sem insuficiência respiratória. Medicado com Piperacilina/ Tazobactam, realizada drenagem pleural. Repetido estudo MB e feita biópsia de espessamento pleural (negativa para malignidade). Verificada positividade para *Pneumocystis jirovecii* no LBA iniciou Cotrimoxazol com melhoria clínica e analítica. Após 2semanas identificada *Nocardia* spp. no LP - admitida esta como causa primária e *P.jirovecii* colonização, devendo-se a melhoria ao Cotrimoxazol. Excluído atingimento cerebral, com melhoria clínica e imagiológica e plano de ATB 6 a 12meses.

Discussão

O caso ilustra a complexidade do diagnóstico diferencial de lesões pulmonares cavitadas em doentes imunodeprimidos e complicações da nocardiose. Esta deve ser considerada em indivíduos sob corticoterapia (CCT), especialmente se resposta insatisfatória inicial. A identificação MB é um desafio para orientar terapêutica e evitar morbilidade.

Anemia Hemolítica Autoimune: Um diagnóstico desafiante

Ana Rita Neiva Queirós; Francisco Bento Soares; Lindora Pires

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO TÂMEGA E SOUSA

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A anemia hemolítica autoimune é uma doença rara caracterizada pela destruição prematura dos eritrócitos, devido a fenómenos de autoimunidade, mediados por autoanticorpos e pelo complemento. O seu diagnóstico realiza-se através do Teste de Coombs Direto positivo.

Caso clínico

Homem, 30 anos, autónomo, antecedentes de perturbação do abuso do álcool, admitido na Sala de Emergência com sinais de choque, após ter sido encontrado inconsciente no domicílio. Do estudo analítico, destaca-se a identificação de uma anemia severa de novo, com sinais de hemólise, sem evidência de autoimunidade (Coombs direto negativo). Realizou politransusão com estabilização analítica. Após cinco dias internado nos Cuidados Intensivos, o doente foi encaminhado para a enfermaria de Medicina Interna. Da anamnese colhida, referência a queixas de astenia e anorexia com semanas de evolução. Do estudo da anemia hemolítica realizado durante o internamento, apenas identificada infeção aguda pelo Vírus Epstein-Barr (IgM EBV e Monospot positivo) e consumo do complemento C3. Assim, assumido o diagnóstico de anemia hemolítica adquirida por primoinfeção a Epstein-Barr. À data de alta, doente assintomático e com estabilidade analítica.

Discussão

Uma das formas raras de apresentação da Mononucleose Infeciosa são os quadros de anemia hemolítica autoimune. Apesar deste caso não apresentar um Teste de Coombs Direto positivo, sabe-se que em 5-10% das anemias hemolíticas autoimunes este encontra-se negativo, o que se traduz num desafio diagnóstico. Assim, apesar da positividade do Teste Coombs Direto continuar a ser o método idealmente usado para o diagnóstico de anemia hemolítica autoimune, este caso clínico sublinha a necessidade de estratégias diagnósticas adicionais e de uma exaustiva lista de diagnósticos diferenciais, perante quadros com apresentações clínico-laboratoriais atípicas.

DIABETES INSIPÍDA NEFROGÉNICA E INTOXICAÇÃO POR LÍTIO - A PROPÓSITO DE 3 CASOS CLÍNICOS

Sara Maia Barbosa; Beatriz R. Sousa; Teresa Souto Moura

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

A Diabetes insípida nefrogénica (DIN) é uma doença rara que resulta da incapacidade dos rins de responder aos estímulos da vasopressina (ADH), apresentando-se com poliúria de urina hipotónica, polidipsia, desidratação e hipernatremia.

Existem inúmeras etiologias nomeadamente genéticas, hipercalcemia, excesso de mineralocorticoides, antidepressivos serotoninérgicos e lítio. Sabe-se que o lítio reduz a sensibilidade dos nefrónios à ADH, principalmente com uso crónico, no entanto, a maioria dos casos é reversível após a descontinuação do fármaco. Apresentamos três casos clínicos, do último ano, de doentes medicadas com lítio que foram internadas por consequências relacionadas com DIN.

O primeiro caso trata-se de uma doente de 42 anos com antecedentes pessoais de perturbação bipolar (PB), doença renal crónica (DRC) e DIN. Internada por encefalite a HHV6 e descompensação da DIN com hipernatremia grave (175mmol/L), melhorada após hidratação e terapêutica com clorotalidona. O segundo caso é de uma doente de 70 anos com antecedentes de PB, DRC e síndrome demencial incipiente. Foi internada por encefalopatia a lítio (2,37mmol/L), DRC agudizada multifatorial com hipernatremia grave (160mmol/L) e poliúria (3500mL/24h). Pelo agravamento da função renal e níveis tóxicos de lítio foi necessário realizar duas sessões de hemodiálise, que associado à hidratação permitiu a melhoria clínica. O último caso é de uma doente de 53 anos com antecedentes de PB e hipertensão arterial, à admissão apresentava hipernatremia grave (172 mmol/L), poliúria (4400mL/24h) e litémia de 2,20 mmol/L. Foi internada por encefalopatia atribuída a intoxicação a lítio e DIN, melhorada após controlo da natremia e terapêutica com desmopressina e amiloride. Nos três casos clínicos a terapêutica por lítio foi suspensa e encontrada alternativa, em colaboração com a psiquiatria de ligação.

Temos três casos clínicos de doentes com PB medicadas com lítio, internados por encefalopatia atribuída a complicações relacionadas com a DIN, sendo que em apenas dois dos casos o lítio se encontrava em níveis tóxicos. É imperativo à admissão hospitalar dosear a litémia dos doentes medicados com este fármaco e questionar ativamente os sinais e sintomas relacionados com efeitos adversos.

Hepatite aguda de causa tóxica - dois casos secundários a diferentes SSRI na mesma doente

Rita Gouveia; Carolina Guimarães; Helena de Oliveira; Carolina Machado; Joana Alves Pereira; Ana Ribeiro; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Introdução

Os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (SSRI) são uma causa rara de hepatite aguda. Devem ser sempre considerados nos doentes que se apresentam com hepatite aguda sem outro fator causal.

Caso clínico

Mulher, 58 anos. Antecedentes de síndrome depressivo, sob vortioxetina há 6 meses. Queixas de astenia, náuseas, perda ponderal e colúria há 3 semanas. Estudo analítico com hepatite aguda (AST 993, ALT 1474, GGT 202, FA 206U/L) com hiperbilirrubinemia e coagulopatia. Sem encefalopatia. Sem consumo de álcool ou drogas, novos fármacos/tóxicos, viagens, consumo de produtos lácteos não pasteurizados, alterações cutâneas, artrite, diarreia. Eco abdominal sem alterações. VHC, VHA, VHE, VIH, EBV, CMV e HSV negativos, contacto prévio VHB mas DNA indetectável; anticorpos AMA, ASM, LKM negativos; Igs normais. ECA 79U/L mas TC tórax sem alterações; A1AT normal, angioTC-AP sem trombose da veia porta. Biópsia hepática transjugular - fibrose portal e perivascular moderada; infiltrado polimórfico portal de predomínio linfocitário moderado com alguns eosinófilos, e periportal, presença de macrófagos contendo pigmento ceróide em localização portal e centrolobular, a traduzir lesões necroinflamatórias prévias, associados a lesões de atividade periportal, com degenerescência reticular; esteatose mínima e ausência de bilirrubinostase; sem granulomas epitelióides; sem aspetos de hipertrofia nodular de hepatócitos; o conjunto dos achados sugeria hepatite aguda (etiologia tóxica/medicamentosa provável). Suspendeu vortioxetina com melhoria sustentada. Em consulta de psiquiatria iniciou venlafaxina. Internada 3 meses depois novamente com hepatite aguda com padrão hepatocelular, com insuficiência hepática, sem encefalopatia. Repetiu estudo incluindo biópsia hepática que mostrou achados semelhantes aos prévios, sugerindo hepatite medicamentosa. Suspendeu venlafaxina com evolução lenta favorável.

Discussão

Os autores trazem o caso pelas suas particularidades - hepatite aguda tóxica após meses de utilização dos fármacos, com particular interesse no caso da vortioxetina, cuja lesão hepática clinicamente significativa nunca foi descrita na literatura.

Um caso clínico de Legionella

Sandra Sepúlveda; Monica Spencer Pereira; Daria Bem; Catarina Serafim; Pedro Costa

ULSBA BAIXO ALENTEJO

Tema: Doenças respiratórias

Introdução

A infeção por Legionella foi identificada pela primeira vez em 1976 quando houve um surto de pneumonia fatal numa convenção da Legião Americana. É causada pela bactéria gram-negativa Legionella pneumophila, estando descritas pelo menos 48 espécies com um total de 70 serogrupos, metade destas patogénicas para o homem. É frequentemente adquirida ao inalar gotículas de água contaminada não sendo demonstrada transmissão interpessoal.

Caso Clínico

Homem 64 anos, com antecedentes de etanolismo e tabagismo. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por astenia, vómitos, cefaleia e febre de 4 dias. Esteve no SU 2 dias antes pelas mesmas queixas. Exame objetivo T 39.4°C, pressão arterial 167/72mmHg; frequência cardíaca 112bpm; Auscultação sem alterações. Análises com leucocitose $14990 \times 10^3/uL$, neutrofilia 88% e PCR 28mg/dl Radiografia (Rx) tórax com cisurite direita. Teve alta medicado com Amoxicilina/Ác. clavulânico.

Regressa após 2 dias por manter queixas e sensação de desequilíbrio de novo. Na avaliação T 39.2°C, FC 110 bpm, eupneico com sO₂ de 91% em ar ambiente, auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído na base esquerda e fervores, discurso lentificado mas orientado

Análises com PCR 30mg/dl, Rx de tórax com hipotransparência na base esquerda, TC tórax com derrame pleural esquerdo e consolidações alveolares no lobo inferior esquerdo

Por manter cefaleia realizou TC CE com enfartes lacunares antigos e por persistência da febre realizada punção lombar sem alterações

Multiplex respiratório detectou Rhinovirus, antigenúria positiva para Legionella.

Assumida Pneumonia a Legionella com insuficiência respiratória hipoxémica, iniciou levofloxacina e internou-se. Realizou O₂, broncodilatadores e cinesioterapia, com melhoria clínica. Teve alta para consulta de Medicina.

TC de tórax de reavaliação melhorado.

Conclusão

A Legionella é um importante agente da pneumonia adquirida na comunidade que exige internamento hospitalar, nos casos graves. A possibilidade de infeção polimicrobiana deve ser sempre despistada, sobretudo no doente imunocomprometido. O quadro clínico é inespecífico, Assim para realizar o diagnóstico é importante a pesquisa do antígeno urinário e amostra de expectoração.

Embolia Paradoxal: Uma etiologia rara do Enfarte Esplênico

Diogo Baptista Macedo; Ana Rita Antunes; Rita Menezes Azevedo; Sara Henriques; Isabel Cruz

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

O enfarte esplênico é uma entidade cada vez mais documentada em exames de imagem abdominal e pode ser causado por trombose arterial ou venosa. A embolia paradoxal constitui uma causa rara mas relevante de trombose arterial, sendo necessário uma investigação exaustiva para o seu diagnóstico.

Caso clínico

Mulher de 65 anos que recorreu ao SU por febre e dor no flanco esquerdo com 3 dias de evolução. Negava outros sintomas. Fratura maleolar esquerda operada um mês antes, com infeção da cicatriz tendo realizado 7 dias de antibioterapia. Analiticamente com Proteína C Reativa (PCR) e desidrogenase do lactato elevadas. A TAC identificou enfarte esplênico subcapsular volumoso e oclusão de um ramo da artéria esplénica. Iniciou hipocoagulação e foi internada. Apresentou febre até ao 7º dia de internamento com apirexia posterior e descida espontânea da PCR. Do estudo etiológico: excluídas causas infecciosas, neoplásicas e auto-imunes, bem como trombofilias e mutações nos genes JAK2 e MPL. Eletrocardiograma e ecocardiograma transtorácico sem alterações. Realizou ecocardiograma transesofágico (EcoTE) que revelou um forâmen ovale patente (FOP) com shunt bidirecional e teste de soro agitado com passagem espontânea de bolhas para a aurícula esquerda. Assumido quadro de embolia paradoxal pelo FOP em doente com cirurgia recente associada a imobilização prolongada. Teve alta sob hipocoagulação, orientada para consulta de cardiopatia estrutural e de tromboembolismo venoso.

Discussão

Este caso ilustra a complexidade do diagnóstico diferencial do enfarte esplênico. Embora o FOP seja uma anomalia frequente na população geral, a embolia paradoxal é rara e ocorre para a circulação sistémica extracerebral, como o baço, em apenas 5-10% dos casos. Este caso destaca a importância de considerar etiologias menos frequentes em eventos trombóticos inexplicados, sublinhando o papel fundamental da abordagem exaustiva no diagnóstico e orientação terapêutica.

Para além da infeção: Um caso de linfoma do manto em doente com HIV

Diogo Baptista Macedo; Sara Henriques; Rita Menezes Azevedo; Inês Amaral Pinto; Andréia Seixas; Isabel Cruz

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A diarreia no doente com infeção VIH tem mais frequentemente causa infecciosa, no entanto o seu diagnóstico diferencial é vasto. A história clínica, o exame objetivo e os exames realizados podem apontar para etiologias menos frequentes.

Caso Clínico

Homem de 55 anos, com infeção VIH sob terapêutica antiretroviral e com carga vírica suprimida, recorreu ao SU por diarreia com uma semana de evolução. Referia ainda astenia, desconforto abdominal, edema dos membros inferiores e perda ponderal de 8 kg com 3 meses de evolução. Ao exame objetivo notadas adenopatias axilares e cervicais. Do estudo documentada hepatoesplenomegalia e conglomerados adenopáticos supra e infradiaphragmáticos e a colonoscopia revelou válvula ileocecal congestiva, apêndice edemaciado e erosões dispersas por todo o cólon. As biópsias do cólon, bem como a imunofenotipagem de sangue foram compatíveis com Linfoma do manto. O PET confirmou atingimento hepatoesplênico e medular e realizou endoscopia que também identificou envolvimento gástrico e duodenal. Proposto para R-CHOP e R-DAHP seguido de transplante autólogo de células hematopoiéticas (ASCT), mas desenvolveu neutropenia febril, infeção por *Clostridium difficile* e colite a *Campylobacter jejuni*, bem como progressão da doença após 2 ciclos, tendo-se alterado para ibrutinib. Neste momento com doença estável.

Discussão

O quadro arrastado, as adenopatias palpáveis, o envolvimento hépato-esplênico e as alterações da colonoscopia apontavam para uma doença linfoproliferativa, que se veio a confirmar. Os doentes com infeção VIH têm maior risco de desenvolver Linfomas não Hodgkin, no entanto este subtipo é raro nesta população. A evolução é variável, mas cerca de 80% têm um comportamento agressivo, principalmente quando há envolvimento ganglionar e extra-nodal ao diagnóstico. É importante o diagnóstico precoce para iniciar o tratamento atempadamente. O ASCT tem intuito curativo mas só é possível quando há resposta completa à quimioterapia.

Fasceíte Necrotizante Bilateral por *Pseudomonas aeruginosa*: Desafio Diagnóstico e Terapêutico

Ana Coimbra; Joana Duarte; Jandira Lima

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução

A fasceíte necrotizante é uma infeção rara e de progressão fulminante, com elevada mortalidade. Habitualmente, os microorganismos implicados são anaeróbios, estreptococos e estafilococos. A *Pseudomonas aeruginosa* é incomum e, quando associada a uma apresentação bilateral, agrava a dificuldade diagnóstica.

Caso Clínico

Mulher de 89 anos com história de erisipela recidivante das extremidades, insuficiência venosa crónica, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial e fibrilhação auricular; medicada com diuréticos, anti-hipertensores, edoxabano e digoxina. Apresentou-se no Serviço de Urgência ao 3º dia de febre, dor e rubor no membro inferior direito. O exame clínico revelou edema acentuado em território de dermite ocre, rubor, calor local e descolamentos bolhosos em ambas as faces da perna direita, com uma placa eritematosa discreta na coxa esquerda. Os exames complementares evidenciaram permeabilidade dos eixos venosos, mas com proteína C-reativa de 32,6 mg/dL, procalcitonina de 25,3 ng/dL e lesão renal aguda AKIN 2. As lesões foram interpretadas como porta de entrada para dermohipodermite aguda bacteriana, sendo proposto tratamento com piperacilina/tazobactam e internamento. Após 24 horas, verificou-se evolução para choque séptico e progressão das lesões, agora com um padrão reticulado violáceo e epidermólise bolhosa, clinicamente sugestivo de fasceíte necrotizante bilateral, pelo que a doente foi submetida a intervenção cirúrgica urgente com fasciotomia bilateral e desbridamento extenso da face póstero-interna das coxas. Em hemoculturas e no exsudado da ferida bem como biópsia da pele, isolou-se precocemente *Pseudomonas aeruginosa*. Apesar de uma resposta terapêutica inicial, a doente apresentou nova progressão das lesões, necessitando de reintervenção para desbridamento adicional e fasciectomia, evoluindo para disfunção multiorgânica e óbito ao quinto dia de doença.

Discussão

Este caso evidencia a raridade da fasceíte necrotizante bilateral por *Pseudomonas aeruginosa* e a dificuldade no diagnóstico precoce. A intervenção cirúrgica imediata e a terapêutica antibiótica dirigida são essenciais, embora o prognóstico possa permanecer reservado devido à rápida progressão e à vulnerabilidade dos doentes idosos, representando um desafio diagnóstico e terapêutico.

Dificuldades Diagnósticas na Hipoglicemia: A Importância de Reconhecer a Nesidioblastose

Filipa Figueiredo; Teresa Valido; Carolina Chumbo; Jéssica Oliveira; Marta Rocha

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE AMADORA/SINTRA

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

A hipoglicemia em adultos pode ter diferentes etiologias, podendo resultar de distúrbios endócrinos como a hipoglicemia hiperinsulinémica endógena, principalmente causada por insulinoma e nesidioblastose. Esta é caracterizada pela proliferação anormal das células β dos ilhéus de Langerhans, tratando-se de uma causa rara. Assim, em indivíduos aparentemente saudáveis, é fundamental distinguir entre hipoglicemia funcional e hipoglicemia hiperinsulinémica endógena.

Apresenta-se uma mulher de 35 anos com antecedentes de hipoglicemia severa. Recorreu ao serviço de urgência por hipoglicemia persistente, sintomática, que manteve no internamento. Excluída insuficiência suprarrenal e uma vez avaliada relação insulina/glicémia em 0,6, foi realizada prova de jejum prolongado. Confirmando-se hiperinsulinismo, foram excluídos anticorpos anti-insulina e anti-receptor de insulina, toma sub-reptícia de sulfunilureias e exclusão imagiológica de insulinoma. Considerada assim a nesidioblastose, iniciados diazóxido e octreótido. Posterior pancreatectomia corpocaudal com exploração intraoperatória sem evidência de lesões. Biopsia extemporânea não sugestiva de adenoma/neoplasia. Anatomia patológica com aspetos compatíveis com nesidioblastose.

A hipoglicemia hiperinsulinémica endógena em adultos é frequentemente associada a insulinoma, distúrbios funcionais das células β , hipoglicemia autoimune insulinológica e a secretagogos. A nesidioblastose de início em idade adulta é rara, e difícil de diagnosticar ao compartilhar características com o insulinoma. A diferenciação pode ser feita por imagem e testes funcionais que revelam resposta insulínica anómala de todas as áreas do pâncreas no caso da nesidioblastose. O diagnóstico definitivo é histopatológico.

Concluimos que a nesidioblastose de início no adulto, apesar de rara, deve ser considerada em doentes com hipoglicemia hiperinsulinémica na ausência de insulinoma. A sua gestão eficaz exige um diagnóstico precoce e exclusão rigorosa de outras causas de hipoglicemia.

Síncope recorrente - uma apresentação rara de síndrome de Arnold Chiari

Filipa Figueiredo; Teresa Valido; Carolina Chumbo; Jéssica Oliveira; Garcieth de Fátima; Marta Rocha

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE AMADORA/SINTRA

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A síndrome de Arnold-Chiari é um grupo de deformidades que variam desde a herniação das tonsilas cerebelosas através do foramen magno até à ausência completa de cerebelo. A malformação Chiari tipo I (CM-I) caracteriza-se pela herniação de uma ou ambas as tonsilas cerebelosas 5 mm ou mais abaixo do foramen magno, causando compressão das estruturas neurológicas e da espinhal medula superior, resultando em obstrução do líquido cefalorraquidiano (LCR) e, potencialmente, siringomielia. Manifesta-se tipicamente com dor, fraqueza, perda de sensibilidade, tonturas, distúrbios de marcha e paralisias dos nervos cranianos, sendo a síncope uma apresentação rara.

Descrevemos uma mulher de 19 anos, com episódios recorrentes de síncope e tonturas, sem mais antecedentes. Recorreu ao serviço de urgência por síncope após atividade física, sem pródromos ou traumatismo cranioencefálico. O exame objetivo não revelou alterações, tendo sido também excluída hipotensão ortostática. Do estudo efetuado, destaca-se eletrocardiograma, holter, ecocardiograma e doppler dos vasos do pescoço sem alterações. Contudo, o exame neurológico revelou hipostesia da face e membros esquerdos, queda dos membros esquerdos na prova de braços estendidos e no teste de Mingazzini, com força muscular 4/5. A TC cranioencefálica revelou herniação das tonsilas cerebelosas através do foramen magno, com apagamento parcial dos espaços de circulação do LCR, o que foi posteriormente confirmado por RM cranioencefálica, com diagnóstico de CM-I. A doente foi submetida a uma cirurgia descompressiva, sem recorrência dos sintomas. Embora a descompressão tenha mostrado bons resultados clínicos em casos de CM-I com síncope, são raros os relatos de tratamento cirúrgico.

Este caso destaca a importância de uma abordagem sistematizada da síncope, considerando a avaliação do sistema nervoso central e inclusão das malformações de Chiari no diagnóstico diferencial de síncope recorrente, além de salientar os bons resultados da intervenção cirúrgica.

Quando as aparências iludem – a propósito de uma lesão cerebral

Sara Pereira Henriques; Rita Alves Ferreira; Rita Menezes Azevedo; Francisca Guimarães; Diogo Rocha Grade; Lígia Rodrigues Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

O abscesso cerebral é uma infeção pouco comum, mas muito grave, que deve ser considerada no diagnóstico diferencial de lesões ocupantes de espaço. Caracteriza-se pela tríade de febre, cefaleias e défices neurológicos focais e pode ocorrer por disseminação direta ou hematogénica.

Caso clínico

Homem, 82 anos, com antecedentes de hiperaldosteronismo primário e insuficiência aórtica, recorreu ao serviço de urgência por diminuição da força muscular à esquerda com 2 dias de evolução. Negava febre, cefaleias ou outras queixas. À admissão, objetivada hemiparesia esquerda grau 2-3, sem outros achados de relevo. O estudo analítico era inocente. Realizou TC-CE que demonstrou uma lesão intra-axial de 13 mm na região pré-central direita com importante edema vasogénico, sugestiva de natureza secundária após discussão com Neurocirurgia e Neurorradiologia. Iniciou dexametasona EV e foi internado para estudo etiológico.

A TC TAP e a PET não demonstraram lesões suspeitas. Viria a realizar RM-CE que evidenciou uma lesão de 24x25x27mm na região frontal pré-central direita com realce anelar periférico e restrição central de difusão das moléculas da água, compatível antes com um abscesso piogénico. Foi submetido a drenagem cirúrgica com isolamento de *Streptococcus constellatus* e iniciou antibioterapia com ceftriaxone e metronidazol. As hemoculturas e serologias foram negativas. O ETT não demonstrou sinais de endocardite infecciosa. Foi avaliado por Estomatologia que confirmou a suspeita de ponto de partida odontogénico, com exodontia de 2 peças dentárias. Viria a cumprir 6 semanas de antibioterapia com melhoria dos défices neurológicos e resolução imagiológica da lesão.

Discussão

A tríade clássica de abscesso cerebral apenas está presente em 20% dos casos, o que pode levar a um atraso no diagnóstico. Este caso demonstra a importância de se manter um elevado grau de suspeição, apesar da idade, ausência de febre e alterações imagiológicas inicialmente sugerirem uma lesão metastática, dado que a morbimortalidade desta entidade se relaciona com a instituição adequada e precoce de tratamento.

Miopatia inflamatória – um desafio diagnóstico

Sara Pereira Henriques; Adriana Pereira Guedes; Sara Ribeiro; Jorge Reis; João Pedro Gomes; Paula Ferreira; Inês Rueff Rato

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

As miopatias inflamatórias são um grupo raro e heterogêneo de doenças imunomediadas caracterizado por inflamação e fraqueza muscular progressiva. Afetam predominantemente mulheres e apresentam uma distribuição etária bimodal.

Caso clínico

Mulher de 75 anos, com antecedentes de cardiopatia hipertensiva, foi trazida ao serviço de urgência por dispneia, edema dos membros inferiores e perda progressiva da autonomia nas últimas 3 semanas. À admissão, apresentava sinais de dificuldade respiratória, diminuição dos sons respiratórios nas bases e edema periférico. Do estudo realizado, a destacar insuficiência respiratória global grave com acidemia, NT-ProBNP 4319pg/mL e radiografia torácica com derrame pleural ligeiro à direita. Iniciou furosemida EV com boa resposta diurética, mas com agravamento da hipercapnia e necessidade de início de ventilação não invasiva.

Manteve evolução desfavorável durante o internamento com afundamento do estado de consciência, hipotonia de predomínio proximal, disfagia, disartria e intolerância a desmame ventilatório. TC-CE e análise de LCR sem alterações. Analiticamente, CK 890U/L, mioglobina 3893ng/mL, aldolase 37U/L, VS 48mmHr, ANAs >1/1280 e anticorpos anti-Ku e anti-Mi2 positivos. Realizou EMG que corroborou o diagnóstico de miopatia inflamatória generalizada. O TC-TAP não demonstrou envolvimento pulmonar intersticial nem lesões suspeitas de malignidade. Não foi possível realizar biópsia muscular por agravamento clínico com necessidade de admissão em unidade intermédia. Iniciou pulsos de metilprednisolona com imunoglobulina EV e posteriormente metotrexato com melhoria clínica progressiva. Teve alta orientada para consulta de Medicina – Doenças Autoimunes.

Discussão

As miopatias inflamatórias representam um diagnóstico desafiante pela sua raridade e inespecificidade clínica. Até 20% dos casos podem estar associados a uma neoplasia subjacente, implicando uma vigilância apertada destes doentes. Novas modalidades terapêuticas em estudo têm demonstrado resultados promissores.

Enfarte esplênico na Mononucleose

Joana Serranho; Joana Jardim; Tetiana Baiherych; Beatriz Vital

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA LEZÍRIA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A Mononucleose Infecciosa (MI) é causada pelo vírus Epstein-Barr (EBV), maioritariamente observada em adolescentes e jovens adultos. Embora autolimitada, pode gerar complicações graves. Este caso clínico relata uma mulher de 27 anos com enfarte esplênico secundário à MI.

Caso Clínico

Mulher de 27 anos recorreu ao Serviço de Urgência com febre (38°C), odinofagia, cefaleias, dor intercostal e urina de cor escura. Três dias antes tinha sido diagnosticada com faringite e medicada com Paracetamol e Ibuprofeno. Ao exame físico, destacava-se palidez cutânea, hipertrofia amigdalina e dor abdominal à palpação do quadrante superior esquerdo, sem defesa ou irritação peritoneal, sem linfadenopatias palpáveis ou erupções cutâneas.

As análises revelaram leucócitos normais com neutropenia e linfocitose, trombocitopenia ($108 \times 10^9/L$) e elevação das enzimas hepáticas (GOT/AST 272 U/L, GPT/ALT 802 U/L, FA 490 U/L, GGT 598 U/L). Realizou tomografia computadorizada (TAC) que revelou esplenomegalia e áreas de enfarte esplênico.

Ficou internada para estudo e vigilância. O monotest foi negativo, mas os anticorpos para EBV (IgG e IgM) foram positivos. A doente realizou terapêutica sintomática, com hidratação, analgesia e repouso. Houve melhoria clínica e analítica, com redução da citólise hepática. Repetiu TAC com redução de volume das áreas de enfarte esplênicas. Teve alta com recomendação para evitar atividade física de modo a prevenir a ruptura esplênica. Em consulta de reavaliação apresentou-se assintomática e com enzimologia hepática normalizada.

Discussão

Embora a MI apresente na maioria dos casos uma evolução benigna e autolimitada, é importante lembrar que complicações como o enfarte esplênico, apesar de raras, podem ocorrer, pela hipercoagulabilidade e disfunção endotelial provocada pela infecção aguda do EBV.

Lúpus eritematoso sistémico aos 92 anos

**Alexandra Costa; Edson Carlos Noa Sampaio; Pedro Coelho Teixeira Vaz;
Bernardo Maria Pinto Soares Baptista; Alexandra Horta**

HOSPITAL DA LUZ LISBOA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

O lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença autoimune multissistémica, com grande heterogeneidade clínica e sem características clínicas ou laboratoriais patognomónicas. É mais frequente no sexo feminino e em idade reprodutiva, sendo o diagnóstico feito, normalmente, entre os 16 e os 55 anos. Seguidamente apresentamos um caso atípico.

Caso clínico

Mulher, 92 anos, com o diagnóstico desde há 1 ano de púrpura trombocitopénica imune (PTI) controlada com eltrombopag, recorreu ao serviço de urgência por quadro clínico com cinco dias de evolução caracterizado por febre, dispneia e cansaço para esforços progressivamente menores e ortopneia, associados a episódio de toracalgia pleurítica esquerda autolimitada.

Durante a investigação verificou-se a presença de anemia com padrão inflamatório, monocitose não clonal, aumento dos parâmetros inflamatórios e a existência de um derrame pleural bilateral, mais volumoso à esquerda que, por condicionar insuficiência respiratória parcial significativa, foi submetido a toracocentese evacuadora e diagnóstica. O líquido pleural era compatível com exsudado, com predomínio de polimorfonucleares.

O ecocardiograma transtorácico mostrou derrame pericárdico com 11 mm.

Apesar da baixa probabilidade de um diagnóstico de LES aos 92 anos, após exclusão de outras causas e tendo em conta a história recente de PTI, procedeu-se à investigação laboratorial e verificou-se a presença de anticorpos anti-nucleares (título 1:640) com positividade dos anticorpos anti-nucleossoma, anti-dsDNA, IgG anti-glicoproteína-I e IgG anti-cardiolipina, bem como consumo de complemento. Desta forma, foi feito o diagnóstico de LES, suspendemos o eltrombopag e iniciámos prednisolona e hidroxicloroquina, tendo havido à posteriori necessidade de introdução de azatioprina para conseguirmos remissão clínica e laboratorial com prednisolona <7,5mg/dia.

Conclusão

Este caso ilustra o desafio diagnóstico do LES, sendo necessário um elevado grau de suspeição, dado que se pode apresentar em idades extremas e com uma enorme diversidade de manifestações, podendo muitas delas ser comuns a outras doenças mais frequentes nos idosos.

Hidrocefalia de Pressão Normal – uma causa subestimada de demência

FABIA CERQUEIRA; Beatriz Pessoa; Ana Proença Faria; Francisca Romeiro; Valentim Rodrigues; Joana C. F. Lima; Armando Lopes Bráz

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, EPE / HOSPITAL DE SANTA MARIA

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

A hidrocefalia de pressão normal (HPN) é uma causa potencialmente reversível de disfunção neurológica nos adultos, responsável por 6% das demências. Caracteriza-se pela acumulação de líquido cefalorraquidiano (LCR) nos ventrículos, com pressão intracraniana normal ou ligeiramente elevada (5-18mmHg). Clinicamente, é descrita pela tríade: **alteração da marcha, declínio cognitivo e incontinência urinária.**

Caso Clínico

Mulher, 68 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus e hábitos alcoólicos, admitida por deterioração funcional e cognitiva progressiva (1 mês de evolução), caracterizada por desorientação, dificuldade na marcha, quedas recorrentes, incontinência de esfíncteres [1] e perda gradual de autonomia nas atividades diárias. À observação, desorientada; com discurso incoerente; nistagmo [2] horizontal; apraxia da marcha; incontinência de esfíncteres; tremor de repouso [3] e febre (temperatura timpânica 38°C). Laboratorialmente, glicemia 506mg/dL, sódio 129mmol/L, proteína C reativa 9,2mg/dL; leucocitúria 500cel/uL e nitritúria [4] [5]. Por ausência de melhoria após resolução da infeção urinária e alterações iónico-metabólicas, realizou TC-CE e RMN-CE a demonstrar ventriculomegalia desproporcional sem atrofia cortical, sugerindo HPN. Foi excluída atividade epileptiforme por EEG e realizada punção lombar com saída de líquido límpido, em jato. Dada melhoria clínica significativa, mas temporária, foi submetida a derivação ventrículo-peritoneal (DVP), com recuperação gradual dos défices motores e cognitivos.

Discussão

A HPN deve ser considerada no diagnóstico diferencial de demência e alteração da marcha, uma vez que é uma doença potencialmente tratável (melhoria sintomática em 50-90% dos casos após DVP) em que a abordagem multidisciplinar é fundamental, sendo o diagnóstico precoce e intervenção adequada determinantes no prognóstico.

AVC Isquêmico como Manifestação da Trombocitose Essencial: uma causa rara

TIAGO JOAO ALMEIDA VALENTE; Mariana Lobo; Henrique Cerveira; Natália Buruian; Marta Valentim; Maria João Lume; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A trombocitose essencial (TE) é uma neoplasia mieloproliferativa caracterizada pela produção excessiva de plaquetas pela medula óssea, frequentemente associada a mutações (JAK2, CALR ou MPL). Embora muitas vezes assintomáticas, a TE pode levar a complicações trombóticas e hemorrágicas, sendo o acidente vascular cerebral (AVC) uma das manifestações mais graves. O mecanismo fisiopatológico parece estar relacionado por um lado com a disfunção plaquetária (alterações funcionais que favorecem a agregação e a formação de trombos), por outro, com alterações na viscosidade sanguínea (contribuindo para um estado de hipercoagulabilidade), aumentando o risco de eventos trombóticos.

Apresenta-se um caso de uma doente do sexo feminino de 72 anos, com antecedentes de Hipertensão arterial, Dislipidemia e Diabetes mellitus tipo 2, fumadora (50 UMAs), com clínica de cefaleia frontotemporal tipo pressão com uma semana de evolução, tonturas e desequilíbrio de instalação súbita. No internamento TAC com hipodensidade corticocortical na vertente posterior do hemisfério cerebeloso direito, ECG sem alterações, analiticamente com trombocitose (670 000 plaquetas). Do estudo etiológico Ecodoppler dos vasos do pescoço e EcoTT sem alterações, telemetria de 24h sem distúrbios de ritmo, serologias VIH, VHB, VHC ou TPPA negativos, Ecografia abdominal sem hepatoesplenomegalia. Realizou biópsia medular com mielograma inconclusivo, pesquisa de JAK 2 positiva, anatomia patológica com características de Trombocitemia essencial. Iniciou tratamento citorredutor com hidroxiureia 500 mg e antiagregação com ácido acetilsalicílico 100 mg. Em consulta de reavaliação 2 semanas após a alta com normalização da contagem plaquetária.

Em conclusão, a trombocitose essencial deve ser considerada como uma etiologia potencial, embora rara de acidente vascular cerebral isquêmico, especialmente em pacientes sem etiologia trombótica evidente. O caso apresentado reforça a importância da investigação hematológica em doentes com AVC e trombocitose persistente, uma vez que o diagnóstico precoce e o tratamento adequado com agentes citorredutores e antiagregantes plaquetários podem reduzir significativamente o risco de recorrência de eventos trombóticos.

Metástases Cerebrais de Adenocarcinoma Duodenal: Relato de Caso e Revisão da Literatura

Marta Carvalho¹; Noronha Carvalho, M. , Jacinta Fernandes, A. , França Moreira, R. , Reis, R., Goes, M.J, Salvado, C.²

¹ HOSPITAL DE SÃO JOSÉ

² HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS

Tema: Doenças oncológicas

Resumo

Introdução

Metástases cerebrais são complicações extremamente raras de adenocarcinoma duodenal não ampular. Esta entidade clínica é distinta das neoplasias gástricas e representa um desafio diagnóstico significativo, principalmente quando exames endoscópicos não revelam lesão primária ou recidiva.

Relato de Caso

Homem, 79 anos, com histórico de adenocarcinoma gástrico tratado com gastrectomia parcial em 2007. Em 2024, apresentou disfagia, disfonia e disartria progressivas. Múltiplas endoscopias digestivas altas não evidenciaram recidiva tumoral, mostrando apenas alterações inespecíficas. Ressonância magnética craniana revelou lesão na vertente inferior do 4º ventrículo (16x12,5x15,5mm), com extensão ao foramen de Magendie. O paciente evoluiu com deterioração neurológica e broncopneumonia. A autópsia confirmou adenocarcinoma invasivo não ampular do duodeno com invasão transmural, múltiplas metástases ganglionares, invasões perineural, linfática e vascular, além de metástases pulmonar e em tronco cerebral.

Discussão

Metástases cerebrais de adenocarcinoma duodenal não ampular são excepcionalmente raras, com muito poucos casos relatados mundialmente. A disseminação provavelmente ocorre por via hematogênica. Este caso destaca-se pela presença de metástase cerebral sem evidência endoscópica de recidiva tumoral. A localização da metástase na fossa posterior/bulbo causou sintomas neurológicos progressivos como manifestação principal da doença metastática. O adenocarcinoma duodenal não ampular possui comportamento biológico e padrões de disseminação distintos das neoplasias ampulares e gástricas.

Conclusão

Este caso ilustra uma complicação raríssima em paciente com adenocarcinoma duodenal não ampular, enfatizando a importância de considerar esta etiologia em pacientes com neoplasias gastrointestinais que desenvolvem sintomas neurológicos, mesmo na ausência de evidência endoscópica de recidiva. A localização no tronco cerebral conferiu prognóstico particularmente reservado.

Palavras-chave: adenocarcinoma duodenal não ampular, metástases cerebrais, diagnóstico post-mortem, tronco cerebral, neuro-oncologia.

Hepatite A: Um Caso com Evolução Inusitada

Jéssica Oliveira; Filipa Figueiredo; Ana Rita Tomás; Mariana Costa; Rita Vilar

MEDICINA 3 - HOSPITAL PROF. DR. FERNANDO FONSECA - AMADORA/SINTRA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

O vírus da hepatite A (HAV) é uma causa comum de hepatite viral aguda com curso geralmente autolimitado. Apresentações atípicas, como a forma bifásica, caracterizam-se pela recorrência de sintomas e alterações laboratoriais após uma melhoria inicial. Este caso destaca a importância do reconhecimento e manejo desta entidade..

Um homem de 25 anos, brasileiro, apresentou-se com mal-estar, náuseas, desconforto no hipocôndrio direito e icterícia com 3 dias de evolução. Mencionou prática de sexo desprotegido com parceiros, um deles com diagnóstico recente de hepatite A. Os exames laboratoriais mostraram elevação significativa das transaminases (AST 2250 U/L, ALT 4080 U/L), bilirrubina total (4,21 mg/dL) e INR normal (0,9) e Anti-HAV IgM positivo. A ecografia abdominal não revelou alterações.

Foi internado para monitorização, tendo alta após 5 dias, com melhoria clínica e laboratorial (AST 131 U/L, ALT 505 U/L). Contudo, 30 dias após a alta, houve recidiva dos sintomas com icterícia e aumento das transaminases (AST 1615 U/L, ALT 1745 U/L) e bilirrubina (11 mg/dL). Foi repetido o estudo que descartou outras causas como doença hepática auto-imune, hepatite tóxica, trombose hepática, outras hepatites virais, doença de Wilson, hemocromatose, leptospirose e febre tifóide. A carga viral de Hepatite A foi negativa.

Durante o internamento assistiu-se a uma evolução favorável, sem insuficiência hepática ou sinais de encefalopatia, tendo sido dispensada biopsia hepática após discussão do caso com o serviço de Gastroenterologia. Seis meses após a alta, o paciente estava assintomático e com parâmetros hepáticos normais.

A hepatite A bifásica ocorre em 10% dos casos e resulta de mecanismos imunomediados ou depuração viral retardada. Este caso realça a importância de reconhecer esta forma no diagnóstico diferencial de hepatites recorrentes. O prognóstico é favorável, sendo essencial a monitorização clínica cuidadosa para evitar intervenções desnecessárias e garantir um bom desfecho.

Quando o Tratamento Torna-se a Causa

Jéssica Oliveira; Joana Paulo; Filipa Figueiredo; Rita Vilar; Mariana Costa

MEDICINA 3 - HOSPITAL PROF. DR. FERNANDO FONSECA - AMADORA/SINTRA

Tema: Doenças hematológicas

A anemia ferropénica é frequente em mulheres perimenopáusicas e tratada com ferro oral. No entanto, a sua administração prolongada sem reavaliação analítica e sem investigação diagnóstica pode ter consequências inesperadas. Apresentamos um caso de sobrecarga de ferro e anemia hemolítica numa doente com traço beta-talassémico previamente não diagnosticado.

Mulher de 58 anos, oligofrénica, com antecedentes de encefalite na infância, epilepsia sequelar e anemia ferropénica diagnosticada há cinco anos devido a menorragias perimenopáusicas. Estava medicada com ferro oral contínuo, além de carbamazepina e topiramato. Deu entrada no serviço de urgência por astenia e palidez. Laboratorialmente apresentava Hb 8,0 g/dL, VGM 70 fL, HGM 20 pg, reticulócitos 181.000/ μ L, haptoglobina indoseável, esfregaço sanguíneo com anisocromia, anisopoiquilocitose e células em alvo, uma ferritina de 3392 ng/mL e saturação da transferrina de 97%. A função tiroideia, ácido fólico e vitamina B12 encontravam-se nos limites da normalidade. Perante a suspeita de hemoglobinopatia, realizou-se electroforese de hemoglobina, que revelou traço beta-talassémico. Foi realizada ecografia abdominal que mostrou uma discreta hepatoesplenomegalia. O exame foi complementado com RM hepática que revelou depósitos secundários de ferro, sem sinais de cirrose. Posteriormente, obteve-se a informação de que a doente estava amenorreica há três anos, mantendo ferro oral. Teve alta com suspensão imediata do ferro e seguimento para terapêutica com quelante de ferro.

A anemia hemolítica no traço beta-talassémico pode ser agravada pela administração crónica de ferro, levando a sobrecarga hepática e toxicidade sistémica. A destruição prematura dos eritrócitos gera hemólise compensatória, exacerbada pelo stress oxidativo causado pelo ferro exógeno. Este caso destaca a necessidade de revisão diagnóstica das anemias microcíticas persistentes e da avaliação criteriosa antes da reposição prolongada de ferro, evitando complicações iatrogénicas.

Uma causa rara de cefaleia- Hipotensão Intracraniana Espontânea

Carolina Basílio Lemos; Andreia Vilas-Boas; Luís Magalhães; Maria Inês Risto; Gonçalo Fonseca; Rafaela Ribeiro; Nuno Moreira

HOSPITAL DA LUZ ARRABIDA

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

A Hipotensão intracraniana espontânea (HIE) caracteriza-se por cefaleia ortostática incapacitante, resultante da redução do volume de líquido cefalorraquidiano (LCR), geralmente associada a uma fístula de LCR. A sua incidência anual é estimada entre 4 a 5 casos por 100.000 habitantes, afetando predominantemente mulheres em idade ativa. Distingue-se das formas secundárias, onde a fuga de LCR tem uma causa identificada, como punção lombar, anestesia espinal, trauma ou cirurgia.

Caso clínico

Mulher de 45 anos, com antecedentes de síndrome depressivo, apresenta-se com cefaleia ortostática com 10 dias de evolução. Descreve dor occipital intensa com irradiação bitemporal, associada a sensação de rigidez cervical, com agravamento com o ortostatismo e associada a náuseas. Referência a escorrência nasal posterior. Nega história prévia de trauma, cirurgia ou anestesia espinal prévia. Sem alterações ao exame neurológico. Estudo complementar sem alterações, além de RMN-neuroeixo a revelar coleção epidural dorsal extensa, compatível com local de fuga de LCR. RMN-CE com efusões líquidas subdurais, com maior espessura em topografia parietoccipital, inter-hemisférico e no folheto inferior da tenda do cerebelo bilateralmente. Estes achados imagiológicos foram interpretados como secundários a hipotensão de LCR. Assumida assim fístula de LCR espontânea, iniciou hidratação abundante, repouso e cafeína regular. Foi discutido o caso com Neurocirurgia, contudo, devido à boa resposta clínica ao tratamento conservador, não se verificou necessidade de intervenção subsequente.

Conclusão

As fístulas espontâneas de LCR são pouco comuns e podem não ser identificáveis nos exames de imagem, especialmente devido ao tempo de evolução da cefaleia e à possível cicatrização espontânea do defeito dural. Nestes casos, o diagnóstico da HIE baseia-se na clínica e em achados indiretos na RMN. O tratamento conservador da HIE inclui repouso em decúbito dorsal, hidratação abundante e ingestão de cafeína, que alivia a cefaleia pelo seu efeito vasoconstritor. No entanto, nos casos em que não há resposta, pode ser necessário um tratamento mais invasivo, nomeadamente com *blood patch*, injeção de cola de fibrina ou reparação cirúrgica direta da fístula.

Variante respiratória da Policondrite Recidivante: Um Desafio Diagnóstico

**Daniela Alves; Paula Mesquita; Raquel Vieira; Sara Bravo; Sérgio Monteiro; Christian Neves;
Juliana Nogueira; João Fonseca; Susana Cavadas**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A Policondrite Recidivante (PR) Idiopática é uma doença rara que provoca inflamação recorrente nas cartilagens. Pode estar associada a síndromes mielodisplásicas (SMD) e à síndrome VEXAS, causada por mutação somática no gene *UBA1*.

Caso Clínico

Homem, 65 anos, com antecedentes de doença bipolar e SMD, apresentava tosse, toracalgia, febre e anorexia há 2 meses. Tratado inicialmente com antibioterapia empírica, foi internado devido ao agravamento dos sintomas.

Ao exame físico destacavam-se febre diária, disfonia e dor à palpação das cartilagens costo-condrais. Analiticamente, apresentava pancitopenia e PCR 15 mg/dL. Realizou ainda um extenso estudo imunológico (destacando-se anticorpos ANA, Anti dsDNA, ANCA, anti-CCP, IgG4), serologias infecciosas e culturas, todos negativos. A TC de corpo inteiro revelou espessamento da parede traqueobrônquica, confirmado por broncofibroscopia, cuja histologia demonstrou inflamação inespecificada da mucosa. Realizou ainda PET-CT (18F-FDG) que descartou neoplasia e infeção oculta, mas evidenciou inflamação difusa da cartilagem traqueobrônquica e das articulações costo-condrais. Tendo em conta a SMD, excluiu-se a síndrome de VEXAS (gene *UBA1* negativo).

Perante a suspeita de PR idiopática, iniciou corticoterapia sistémica, com resposta clínica e laboratorial favorável, permitindo o diagnóstico pelos critérios de Damiani et al.

Discussão

Este caso raro e desafiante representa a variante respiratória da PR, sem envolvimento auricular ou nasal. O quadro atípico exigiu uma investigação extensa para excluir infeções, neoplasias e doenças autoimunes/ autoinflamatórias, incluindo síndrome VEXAS. A resposta à corticoterapia, aliada aos achados clínicos e imagiológicos, consolidou o diagnóstico de PR com base nos critérios de Damiani et al.

O tratamento atempado pode ter prevenido complicações graves, como broncomalácia e traqueomalácia, que podem resultar em estridor, obstrução respiratória irreversível e insuficiência respiratória crónica.

Hemoperitoneu espontâneo de baixo débito secundário a imunoterapia – um efeito adverso raro

André Alexandre Jesus; Beatriz Silva; Rui Coelho; Inês Furtado

CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, EPE / HOSPITAL GERAL DE SANTO ANTÓNIO

Tema: Doenças oncológicas

O hemoperitoneu espontâneo (HE) é uma complicação reconhecida do carcinoma hepatocelular (CHC). A imunoterapia com atezolizumab-bevacizumab é primeira linha terapêutica do CHC em estadios avançados, apresentando risco hemorrágico importante. Apresenta-se o caso de um HE num doente com CHC sob bevacizumab sem evidência de rutura estrutural.

Caso: Homem de 60 anos com antecedentes de doença hepática crónica de etiologia alcoólica - estadio Child Pugh B - e carcinoma hepatocelular multifocal com invasão macrovascular, estadio BCLC-C, sob atezolizumab-bevacizumab desde 2023, este último suspenso em Agosto/2024 por epistáxis recorrente. Recorre ao SU dia 21 de Outubro de 2024 por dor abdominal difusa + com ascite de moderado volume. Estudo complementar sem evidência de infeção ou trombose portal, paracentese diagnóstica com critérios de hemoperitoneu, sem PBE/carcinomatose. AngioTc abdominal excluiu hemorragia de alto débito, com achados sugestivos de leak hemorrágico. Após gestão sintomática inicial, apresentou recorrência do quadro, com novo estudo dirigido a excluir hemorragia de alto débito e rutura tumoral. Assim, e após discussão multidisciplinar, foi assumida etiologia secundária a anti-angiogénico com indicação para tratamento de suporte. Discussão: O HE associado ao CHC resulta maioritariamente da rutura da lesão tumoral ou vascular originando uma hemorragia de alto débito, passível de abordagem cirúrgica. Os raros casos descritos de HE secundários a atezolizumab-bevacizumab apresentam documentação de rutura estrutural. Neste caso o risco hemorrágico conferido pelo Bevacizumab, e a documentação de hemorragia de baixo débito, são sugestivos de efeito adverso do fármaco por atingimento da microvasculatura. Conclusão: Este caso alerta para os efeitos adversos associados à imunoquimioterapia, nomeadamente dos agentes antiangiogénicos, que apesar de raros, podem constituir complicações graves e potencialmente fatais, mesmo até após a sua suspensão.

Hipofibrinogenemia e Neoplasia Oculta: um desafio diagnóstico

Daniela Alves; Beatriz Vieira; Elsa Rocha; Joel Pinto; Ana Rafaela Araújo; José Miguel Martins; Carolina Morgado; Catarina Almeida; Anabela Oliveira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

O fibrinogénio é essencial na hemostase, e disfunções congénitas ou adquiridas podem prolongar o tempo de protrombina (TP) e o tempo de tromboplastina parcial ativada (aPTT). As causas adquiridas incluem consumo, trauma, doença hepática, fármacos, neoplasias e doenças autoimunes.

Caso Clínico

Mulher de 42 anos, sem antecedentes e hábitos relevantes, admitida por hematúria e equimoses há uma semana. Tratada recentemente com levofloxacina por pneumonia do lobo inferior direito.

À admissão estava hemodinamicamente estável (PA 130/86 mmHg, FC 83 bpm) e apirética. O exame físico revelou equimoses nos antebraços e membros inferiores e hematúria.

Os exames iniciais mostraram TP (24,9s) e aPTT (45,9s) prolongados, hipofibrinogenemia (44 mg/dL), anemia normocítica (10,2 g/dL) e plaquetas normais ($213 \times 10^9/L$). Ainda no Serviço de Urgência realizou TC de corpo inteiro, que revelou achados inespecíficos (pequenos gânglios abdominais e nódulo hepático compatível com hiperplasia nodular focal), justificando estudo adicional. Foi internada nos cuidados intensivos para vigilância. Após a exclusão de outras causas e a persistência da hipofibrinogenemia, apesar de transfusões diárias de fibrinogénio, foi realizada tomografia por emissão de positrões (PET), que identificou múltiplas lesões hipermetabólicas no fígado, ossos e lobo pulmonar inferior. Neste contexto, foi realizada uma biópsia hepática, cuja análise histopatológica confirmou o diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar. O quadro tornou-se irreversível, culminando no óbito.

Discussão

Este caso reforça a importância de uma abordagem diagnóstica completa na coagulopatia. Sintomas persistentes ou achados atípicos exigem investigação precoce para evitar atrasos diagnósticos e complicações, independentemente da idade ou fatores de risco neoplásico.

Graves secundário num doente com hipertensão arterial pulmonar

André Alexandre Jesus; Rita Monteiro; Joana Bessa; Alzira Melo; Inês Furtado

CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, EPE / HOSPITAL GERAL DE SANTO ANTÓNIO

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, de 27 anos, com hipertensão arterial pulmonar (HAP) hereditária, sob terapêutica tripla combinada (macitentan 10mg, tadalafil 40mg e treprostinil endovenoso) em classe WHO II e sinais de insuficiência cardíaca (IC) direita, referenciado para transplante pulmonar. No estudo investigacional pré-transplante realizou, coincidentemente e no espaço de uma semana, 3 exames com recurso a contraste: cintigrafia, angio-tomografia do tórax e cateterismo cardíaco. Na avaliação clínica seguinte (cerca de 1 mês depois) apresentava-se pletórico, com sinais de congestão periférica e pulmonar e um aumento de peso superior a 5kg. Analiticamente com um pro-BNP de 2920,0 pg/ml (dez vezes superior ao seu habitual), com TSH indetectável (<0,005 uIU/mL) e uma T4 livre acima do limite superior do normal (indetectável alta >7,77 ng/dL), sendo estas previamente normais. Após exclusão de outras causas, iniciada terapêutica com tiamazol e cautelosa dose baixa de beta-bloqueante. Em investigação posterior objetivada elevação franca de anticorpos, nomeadamente anti-receptor de TSH (6,58 U/L), antiperoxidase (492,0 UI/mL), antitiroglobulina (581,0 UI/mL) e estimulador da tireóide (2,37 IU/L), e assumiu-se quadro de provável Graves induzido pelo contraste. Verificada boa resposta à terapêutica com recuperação clínica e da função tiroideia nos primeiros 15 dias e normalização analítica global em 6 meses.

Discussão

Apesar deste caso representar uma complicação rara, os autores pretendem salientar a importância do seu conhecimento, particularmente num doente com HAP com débito cardíaco baixo, em que a elevação da frequência cardíaca resultou num quadro de IC direita importante e com impacto, nomeadamente ao nível do ritmo de perfusão do prostanóide. Apesar da investigação ter sido standard of care, na referência destes doentes é importante estar alerta para esta complicação que embora rara, pode ser fatal.

Síndrome de Lemierre

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

HOSPITAL DA LUZ ARRABIDA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A Síndrome de Lemierre (SL) é uma infeção grave, potencialmente fatal, caracterizada por faringite recente, infeções metastáticas e tromboflebite de veia jugular interna (VJI) e/ou isolamento de *Fusobacterium necrophorum*. Embora tenha sido considerada rara após a introdução dos antibióticos, os casos relatados parecem ter aumentado nas últimas décadas.

Caso clínico

Masculino, 21 anos, saudável, amigdalite pultácea com 1 semana de evolução, refratária à antibioterapia oral, com febre, *shivering*, cefaleia holocraniana e dor cervical esquerda. Analiticamente PCR 33 mg/dL, leucocitose neutrofílica de $13.95 \times 10(9)/L$. TC-Cervical com abscesso periamigdalino superficial e diminuição de contraste compatível com alterações edematosas/flegmonosas. Decidido internamento. Iniciou antibioterapia endovenosa (ev) com ceftriaxone e clindamicina.

Evoluiu com persistência dos sintomas, com tosse e desconforto torácico na região infraclavicular esquerda *de novo*. Repetiu TC-Cervical às 48h de antibioterapia; com resolução de pequeno abscesso, defeito de preenchimento da VJI esquerda sugerindo tromboflebite e consolidações pulmonares apicais. Ecodoppler confirmou trombose da VJI esquerda em praticamente toda a sua extensão extracraniana. TC-Tórax com múltiplos focos de consolidação nodulariforme bilaterais, periféricos, sugestivo de enfarte por embolização séptica, o que permitiu diagnosticar Síndrome de Lemierre. Ecocardiograma sem sinais de endocardite, hipertensão pulmonar ou disfunção do VD. Alterou antibiótico para ertapenem 1g/dia ev para cumprir 6 semanas. Decidido hipocoagulação por 3 meses, iniciou enoxaparina 70mg *bid* com *switch* para apixabano 10mg *bid*. Boa resposta clínica e analítica. À data de alta, apirético e assintomático. Follow-up sem complicações adicionais, Ecodoppler com diminuição da área ocluída, com circulação venosa mantida por colateralidade, decidido manter hipocoagulação por 6 meses.

Conclusão

A SL é uma doença rara, que coloca dificuldades no diagnóstico e terapêutica, nomeadamente na antibioterapia, hipocoagulação e duração. Para um diagnóstico precoce é crucial um limiar baixo de suspeição e o reconhecimento da síndrome. Para um tratamento eficaz é importante reconhecer que o agente etiológico é muito provavelmente o *Fusobacterium necrophorum*.

Um mal nunca vem só: a propósito de um caso de hiponatremia

Cátia A. Martins; Luísa Teixeira; Alexandra Rodrigues; Patricia Nunes; Mónica Jardim; Joana Queirós; Rita Almeida; Teresa Faria

SESARAM EPERAM

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

O estudo da hiponatremia pode revelar-se desafiador. Enquanto nalguns casos, a anamnese permite chegar à etiologia provável, noutros mostra-se mais complexo. Os autores apresentam o caso clínico no sentido de rever uma etiologia menos frequente de hiponatremia.

Caso clínico

Homem de 72 anos, sem comorbilidades, recorre ao serviço de urgência por astenia. À admissão, TA 64/45mmHg, discurso lentificado, sem outros défices neurológicos. Analiticamente, destaca-se anemia normocítica normocrómica, sódio sérico 114 mEq/l e urinário de 118 mEq/l, glicemia de 84mg/dL, osmolaridade sérica 273. Para estudo etiológico, realizou TC toraco-abdomino-pélvica que não mostrou alterações de relevo. Durante o internamento, verificou-se hiponatremia de difícil correção e hipoglicemias assintomáticas (mínimo de 50 mg/dL ao final do dia), pelo que foi pedido doseamento insulina e peptido C, que eram normais e cortisol sérico, que era baixo. Assumiu-se insuficiência suprarrenal pelo que iniciou corticoterapia, com correção progressiva da natremia e das glicémias. Realizou ainda exame endoscópico que mostrou no canal anal lesão vegetante e ulcerada bordos duros e irregulares, com diagnóstico de adenocarcinoma tubulo-glandular.

Discussão

O caso clínico apresentado mostra a complexidade do diagnóstico da etiologia da hiponatremia. Inicialmente a investigação foi dirigida para uma síndrome de secreção inapropriada de ADH (SIADH), pela idade e por apresentar anemia. As hipoglicémias sem explicação aparente permitiram redirecionar o estudo, pensando noutras etiologias, nomeadamente a insuficiência suprarrenal, que efetivamente pode incluir toda a clínica deste doente, incluindo a anemia. Neste caso em particular, o doente acabou por ter também diagnóstico de neoplasia, que poderá ter contribuído para a hiponatremia na forma de SIADH.

Peliose hepática - uma entidade rara

Duarte Lima; Joana Mendonça; Catarina Pinheiro; A. Beatriz Ferreira; Carolina Soares Lopes; Eduardo Eiras

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Introdução

A peliose hepática (PH) é uma condição vascular rara do fígado caracterizada por proliferação dos capilares sinusoidais hepáticos, o que resulta na formação de cavidades quísticas preenchidas por sangue. Embora esta condição se possa associar a doenças autoimunes, infecciosas ou neoplásicas ou mesmo a determinados fármacos, é frequentemente de causa desconhecida, sendo necessário um elevado grau de suspeição.

Caso clínico

Homem, 30 anos, com antecedentes de obesidade é encaminhado à Consulta de Medicina Interna por documentação, em análises de rotina, de elevação das enzimas de colestase associada a descrição de hepatopatia esteatósica em ecografia abdominal. Sem medicação habitual.

Realizado estudo analítico extenso de doença hepática, que descartou causas mais frequentes, nomeadamente do foro imune e infeccioso. TC com sinais a favor de hipertensão portal (ectasia da veia porta, hepatoesplenomegalia e ascite de pequeno volume). Elastografia hepática a favor de elevado grau de fibrose. Fez RMN que documentou achados favorecedores de etiologia vascular da hepatopatia. Submetido a biópsia hepática transjugular, cuja histologia revelou sinais compatíveis com peliose, embora sem factor causal óbvio associado.

Discussão

A apresentação clínica da PH é variável, sendo frequente que os doentes se apresentem assintomáticos e se faça um diagnóstico incidental no contexto de alterações no estudo imagiológico ou no perfil analítico hepático, como foi o caso do presente doente.

Ainda que esta patologia possa não ter uma repercussão relevante no estado de saúde de um doente, pode, em determinados casos, evoluir com hipertensão portal, e as complicações inerentes à mesma, ou com hemorragia importante por ruptura de um quisto. Para o tratamento é vital um diagnóstico precoce, uma monitorização adequada e um estudo etiológico completo, com vista a abordar potenciais causas ou consequências deste quadro e prevenir a evolução da doença hepática.

Pneumonite a Trastuzumab - uma apresentação precoce

Duarte Lima; Marta Moreira; Constança Azeredo; Rita Novera Sousa; Joana Cancela; Marta Vilaça; Ana Mesquita

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Tema: Doenças respiratórias

Introdução

A toxicidade pulmonar é um efeito adverso significativo de diversos fármacos antineoplásicos, variando em gravidade e padrão de manifestação. Existem, na literatura, casos limitados que descrevem eventos pulmonares graves associados ao trastuzumab, entre os quais se destaca a doença pulmonar intersticial. O tempo para apresentação destes quadros é variável, ocorrendo mais frequentemente de forma tardia.

Caso clínico

Mulher, 53 anos, com antecedentes de neoplasia da mama HER2 positivo com envolvimento ganglionar, sob quimioterapia neoadjuvante. Realizou 4 ciclos de antraciclinas em esquema “dose sense”, com boa tolerância, seguido de um ciclo de paclitaxel, trastuzumab e pertuzumab, 3 dias após o qual inicia quadro de rinorreia e febre persistente. Apesar de medicada com antibiótica, ao 10º dia de sintomas inicia quadro de insuficiência respiratória (IR) hipoxémica. No TC Tórax observados infiltrados em vidro despolido bilateralmente, em toda a extensão pulmonar. Evolução com agravamento da IR, a motivar admissão em Cuidados Intensivos e início de oxigenoterapia de alto fluxo.

Foi instituída terapêutica com cobertura para *Pneumocystis* e citomegalovírus, sem melhoria. Estudo microbiológico sem achados, tendo realizado broncofibroscopia que documentou alveolite linfocítica intensa e neutrofílica, a favor de etiologia tóxica.

Assumida pneumonite tóxica a trastuzumab, potenciada por taxano, tendo iniciado prednisolona 1 mg/kg/dia, com evolução favorável da IR, a permitir descalada de suporte. Uma vez sob oxigenoterapia por cânula nasal, realizada referência e admissão da doente na Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD), onde manteve melhoria clínica, com suspensão de oxigenoterapia à data de alta.

Em relação à doença oncológica, foi decidido suspender o tratamento, dada toxicidade grau 4. Realizou cirurgia que mostrou resposta patológica completa e iniciou hormonoterapia, com boa tolerância.

Discussão

Destaca-se, no presente caso, o desenvolvimento precoce de toxicidade pulmonar a trastuzumab, já de si rara, bem como a gravidade clínica condicionada pela mesma, reforçando-se o papel da corticoterapia no tratamento deste quadro.

A referir o papel da UHD na continuidade de cuidados em ambulatório, permitindo reduzir o risco infeccioso nestes doentes imunodeprimidos.

Sobre uma causa rara de anemia no doente hepático crónico

Daria Bem; Monica Pereira; Sandra Sepulveda; Patricia Marujo; Margarida Paixão Ferreira; Pedro Fortes; Pedro Costa

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE / HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Introdução

A “spur cell anemia” (SCA) é um tipo de anemia hemolítica adquirida, associada à cirrose hepática e caracterizada por uma forma extrema de acantocitose (contagem geralmente > 20% no esfregaço de sangue periférico). É causada por uma alteração da composição lipídica da membrana eritrocitária.

Caso clínico

Homem de 49 anos, com antecedentes de doença hepática crónica de etiologia etanólica, admitido no SU por descompensação da doença de base, com encefalopatia hepática grau 2 e ascite, tendo cursado durante o internamento com síndrome hépato-renal. Fez paracentese diagnóstica e evacuadora, com líquido ascítico compatível com peritonite bacteriana espontânea. Observou-se agravamento da trombocitopénia e concomitante agravamento da anemia (Hb mínima 4,4g/dL) e com haptoglobina indoseável (<2mg/dL), LDH elevada, hiperbilirubinémia, reticulocitose ~10% e teste de Coombs directo negativo. Sem défice de ferro, folato ou vitamina B12. No esfregaço do sangue não se observaram esquizócitos, mas observados acantócitos. Caso discutido com equipa de Transplante Hepático do hospital de referência, sem indicação para transferência. Apesar de internado no Serviço de Medicina Intensiva para terapêutica de suporte, veio a evoluir desfavoravelmente e faleceu ao 18.º dia do internamento. Assumido síndrome hépato-renal e SCA como causa de morte.

Discussão e conclusão

Este caso relembra-nos do mau prognóstico associado à SCA secundaria a DHC e que a mesma é uma causa de anemia na doença hepática grave.

Tuberculose Abdominal: O Grande Imitador – Um Desafio Diagnóstico Frente à Carcinomatose Peritoneal

**Isabel Santos Jorge; Inês Madeira Santos; Mafalda Duarte; Margarida Monteiro;
Fernando Aldomiro**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE AMADORA/SINTRA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A tuberculose (TB) abdominal é uma entidade rara. O diagnóstico é desafiante quando as manifestações são inespecíficas e pelo tempo necessário para confirmação microbiológica.

Caso Clínico

Homem de 49 anos, angolano, há 4 anos em Portugal, sem antecedentes pessoais de relevo. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro de tosse produtiva, febre e mialgias. Assumida pneumonia da comunidade e foi medicado com amoxicilina/ácido clavulânico. Recorreu novamente ao SU, por aumento de perímetro abdominal, já com melhoria dos sintomas respiratórios. Objetivamente, com abdómen volumoso e doloroso. Analiticamente, leucopénia ligeira, PCR 3.95 mg/dL e serologias de VHB, VHC e VIH negativos. Ecografia abdominal demonstrou ascite volumosa, de características puras. A paracentese diagnóstica revelou 2364 células, com predomínio linfocítico, ficando a aguardar culturas. Repetiu paracentese, tendo o exame micológico direto e PCR *Mycobacterium tuberculosis* sido negativas. Por suspeita de neoplasia realizou TC de corpo que mostrou padrão nodular pulmonar peri-linfático, ascite moderada e sinais de peritonite com implantes peritoneais; estudos endoscópicos identificaram úlcera na válvula ileocecal e gastropatia, mas as biópsias foram inocentes. Para determinar a etiologia da ascite e por suspeita de neoplasia realizou laparotomia exploradora que revelou infiltração peritoneal extensa com reação inflamatória granulomatosa necrotizante, mas sem detecção de BAAR. Dois meses após a primeira paracentese foi confirmada a presença de *Mycobacterium tuberculosis* em culturas de meio líquido. O doente iniciou terapêutica dirigida, com resolução da ascite e melhoria clínica.

Conclusão

Este caso realça a importância de um alto índice de suspeição para TB abdominal e da dificuldade de diagnóstico diferencial com neoplasia.

Hiponatremia como sinal de alerta: SIADH e a descoberta de adenocarcinoma pulmonar – caso clínico

Margarida Resendes; Margarida Midões; Clara Pinto; Maria Aurora Mendes; Flávio G. Pereira; Susana Cavadas

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A Síndrome de Secreção Inapropriada de Hormona Antidiurética (SIADH) caracteriza-se pela excreção excessiva de água devido à secreção inadequada de hormona antidiurética (ADH). Deve ser considerado este diagnóstico na presença de hiponatremia, hipoosmolalidade sérica e osmolalidade urinária superior a 100 mOsm/kg.

Caso Clínico

Homem de 52 anos, com Diabetes mellitus não insulinotratado e sob levofloxacina por prostatite. Recorreu ao SU por lipotimia e anorexia com semanas de evolução. Ao exame objetivo encontrava-se euvolémico e analiticamente com sódio sérico 108,95 mEq/L, potássio 3,92 mEq/L, TSH 1,09 mU/L, T4 livre 1,86 ng/dL, T3 livre 3,9 pg/mL, ACTH 50,2 pg/mL e cortisol 14,49 µg/dL; ADH 0.1 pg/mL; osmolalidade urinária de 1200 mOsm/kg e sódio urinário de 15,55 mEq/L. Iniciou correção da natremia e foi internado.

No internamento, fez TC torácica revelou dois micronódulos no lobo superior direito e um nódulo em vidro despolido junto da veia cava superior; o PET-CT não revelou alterações funcionais sugestivas de lesões neoplásicas de alto grau. A TC crâniocefálica, TC da sela turca e ecografia da próstata não tinham alterações. Ecografia tiroideia com nódulos EU-TIRADS 3 e 4. O doente teve alta com diagnóstico de SIADH e pela persistência da hiponatremia grave, realizou-se broncoscopia, que revelou adenocarcinoma do pulmão no lobo superior direito. Foi posteriormente submetido a lobectomia superior direita e linfadenectomia mediastínica no IPO do Porto. Contudo houve persistência da hiponatremia euvolémica tendo apresentado 17 meses após quadro inicial sódio sérico de 131 mEq/L.

Discussão

Este caso ilustra a complexidade do diagnóstico de SIADH podendo ter como causa: infecciosa, neoplásica, medicamentosa ou iatrogénica. No presente caso não se identificou a causa primária tendo o tratamento se centrado na correção da hiponatremia.

Pericardite Tuberculosa: História de um Derrame Pericárdico Recorrente com um Final Feliz

Rodrigo Lima Rodrigues; Inês Sofia Gonçalves; M. Amparo Castellano; Maja Petrova; José Pereira de Moura; Lèlita Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A pericardite tuberculosa (PTb) é uma patologia rara que representa apenas 1% de todas as formas de tuberculose. A fase efusiva serosanguinolenta com exsudato linfocítico e elevada concentração proteica é, das 4 fases da PTb, a mais adequada para realização de exames confirmatórios de diagnóstico e prevenção da progressão para fibrose e constrição pericárdica, através do tratamento precoce. Trata-se de uma doença que, apesar do elevado potencial de cura, poderá passar despercebida nos exames complementares iniciais. Adicionalmente, os métodos confirmatórios de diagnóstico recomendados, por serem invasivos ou com longo tempo de espera, contribuem para o atraso do tratamento.

Doente do sexo feminino, 87 anos. Apresentava dor torácica pleurítica e cansaço para pequenos esforços. Teve 4 internamentos por episódios de tamponamento cardíaco grave, com posterior seguimento em consulta. Fez ecocardiograma transtorácico que mostrou derrame pericárdico grave com instabilidade hemodinâmica pelo que foi realizada pericardiocentese evacuadora. O estudo analítico completo para exclusão de etiologias infecciosas/não-infecciosas não revelou alterações, com posterior exclusão de lesões hipermetabólicas por PET-FDG18. Dada manutenção do quadro clínico após nova pericardiocentese com colocação de dreno e etiologia ainda desconhecida, foi realizada janela pleuropericárdica e colheita de tecido para estudo histológico, cujo resultado foi inconclusivo. O líquido pericárdico de aspeto exsudativo mostrou predomínio de mononucleares e a pesquisa de BK por PCR foi negativa, com culturas positivas aos 49 dias para *M. Tuberculosis*. Após tratamento, registou-se melhoria sintomática e resolução gradual do derrame.

A PTb, na ausência de contexto epidemiológico, é um diagnóstico de exclusão na marcha diagnóstica dos doentes complexos de Medicina Interna. A confirmação precoce permite um tratamento eficaz, com maior taxa de cura e melhoria da qualidade de vida do doente.

Miocardiomatía dilatada de causa inesperada: quando a epidemiologia faz a diferença

Gabriel de Carvalho Ferreira; Marta Sanches; Daniel Castanheira; Beatriz Machado; Filipe Raposo; Francisco Azeiteiro; Margarida Nunes

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

Tema: Doenças cardiovasculares

A miocardiomatía dilatada é uma causa comum de insuficiência cardíaca. Nestes casos, a história clínica desempenha um papel importante no estudo da patologia, permitindo a identificação de causas tratáveis e potencialmente modificáveis.

Homem de 65 anos, natural do Brasil. História de insuficiência cardíaca, com dilatação das 4 cavidades, com extensas alterações da cinética segmentar e fração de ejeção de 17%; trombo ventricular; acidente vascular cerebral isquémico cardioembólico; doença arterial periférica; massa vesical em estudo por suspeita de neoplasia; diabetes tipo 2; dislipidemia; tabagismo; consumo de haxixe e cocaína no passado. Recorreu ao serviço de urgência por insuficiência cardíaca descompensada, tendo tido alta com intensificação de terapêutica diurética e encaminhado a consulta de Medicina Interna.

Em consulta externa foi iniciada terapêutica modificadora de prognóstico, titulada a cada 7-14 dias e progrediu-se no estudo da miocardiomatía dilatada. Realizou ressonância magnética cardíaca, que mostrou dilatação biventricular com compromisso grave da função sistólica global com fibrose, sem sinais de isquémia ou realce tardio com gadolínio. Face ao país de origem do doente, foi feita pesquisa de *Trypanosoma cruzi*, com IgG negativo, mas pesquisa de ADN por Polymerase Chain Reaction positiva, confirmando Doença de Chagas. Apesar de terapêutica modificadora de prognóstico optimizada e etiologia encontrada, doente referiu vontade de regressar ao Brasil, com necessidade de protelar colocação de dispositivo cardíaco ou início de tratamento para Doença de Chagas, não tendo regressado à consulta desde então.

Neste caso falamos de uma etiologia que, embora rara na Europa, continua a ser relevante em indivíduos oriundos de áreas endémicas, reforçando a importância de considerar etiologias menos comuns na investigação de miocardiomatías, especialmente em doentes com perfis epidemiológicos sugestivos. O tratamento causal neste doente poderá ou não ter impacto funcional, face à grave lesão miocárdica que já apresenta. Esse tratamento consiste na administração de antiparasitários, como benzonidazol ou nifurtimox.

Falência hepática aguda por intoxicação com cogumelos selvagens

Duarte Lima; Ana Luísa Cadilhe; Henrique Varejão; Inês Carqueja; Carolina Tintim Lobato

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Introdução

A falência hepática aguda (FHA) representa um quadro de lesão hepática aguda grave que se associa a encefalopatia hepática (EH) e prolongamento do INR, na ausência de doença hepática crónica. Embora a intoxicação por cogumelos selvagens seja rara, é uma causa reconhecida de FHA, estando associada a uma elevada taxa de mortalidade (2-30%). Apresenta-se, de seguida, um destes casos, bem como a sua apropriada gestão.

Caso Clínico

Mulher, 59 anos, com antecedentes de dislipidemia. Admitida na urgência por quadro de vômitos recorrentes, diarreia aquosa profusa e prostração com 16 horas de evolução, de início 12 horas após ingestão de cogumelos selvagens de aspecto compatível com *Amanita phalloides*.

Do estudo inicial a destacar citólise hepática, hiperbilirrubinemia e lesão renal aguda. Pelo contexto, iniciou penicilina G em alta dose e, posteriormente, silibinina, como inibidores do *uptake* da amatoxina, bem como medidas antioxidantes (perfusão de N-acetil-cisteína e Vitamina C).

Evolução nas primeiras 48 horas de internamento em Cuidados Intensivos (CI) com FHA, destacando-se EH grau II na escala de *West Haven*, elevação das transaminases até TGO/TGP 4940/4662 U/L, hiperbilirrubinemia 2,1 mg/dl, prolongamento do INR até 1,6, hipoalbuminemia 3,1 g/dl e elevação da LDH até 7283 U/L. Fator V de 30,7%. Sem ascite ou alterações estruturais/vasculares do fígado à avaliação. Excluídas outras causas de FHA.

Dada a presente expressão de gravidade, realizada transferência da doente para CI do Centro de Transplantação de referência, tendo-se verificado posteriormente melhoria clínica e analítica sustentadas, evitando-se o transplante hepático. Teve alta orientada para consulta de Medicina Interna.

Discussão

A FHA por intoxicação com cogumelos selvagens é um quadro grave, sendo fundamental o seu reconhecimento e tratamento precoces com vista a reduzir o impacto multissistémico da amatoxina. O início tardio de sintomas gastrointestinais (6-24 horas), após consumo de cogumelos, deve levantar a suspeita para este potencial desfecho e motivar início de tratamento empírico. A sua gestão em ambiente de CI é fundamental para assegurar uma monitorização e suporte adequados, sendo prioritária a referência atempada destes doentes a centros de transplantação hepática, com experiência na abordagem desta patologia.

Síndrome de DRESS - caso clínico

Carolina Patarra Anjo; Adriana Dias; Joana Silva Marques; Gabriel Atanásio; Filipa Viegas

HOSPITAL DE VISEU

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS) é uma reação tardia mediada por células T, habitualmente 2 a 6 semanas após a exposição ao fármaco causal. Caracteriza-se por exantema mucocutâneo extenso, acompanhado de febre, linfadenopatias, envolvimento de outros órgãos como o rim, fígado e pulmão e alterações hematológicas como eosinofilia. A mortalidade varia entre 2 a 10%, sendo a falência hepática a principal causa de morte.

Caso Clínico

Mulher de 51 anos, com espondiloartropatia axial desde há 6 semanas, sob sulfassalazina.

Recorreu ao Serviço de Urgência por eritema pruriginoso generalizado com 12 dias de evolução associado a pico febril único. O eritema iniciou-se na região do tronco, com posterior envolvimento dos membros e face no dia anterior à vinda ao SU. Medicada 6 dias antes pelo seu Médico de Família com prednisolona 20mg e desloratadina 5mg, sem melhoria.

Ao exame objetivo, apresentava eritema multiforme poupando palmas e plantas, edema da face e adenopatias retroauriculares bilaterais, cerca de 1cm, móveis. Apresentava-se sub-febril e hemodinamicamente estável.

Analiticamente, com eosinofilia de $2.4 \times 10^9/L$ e citocolestase hepática.

Teve alta com suspensão fármaco, lepicortinolo 60 mg e reavaliação em 1 mês. Na consulta de reavaliação, com melhoria franca do exantema, resolução da eosinofilia e melhoria dos parâmetros de citocolestase hepática.

Discussão

Tendo em conta a evolução temporal e manifestações clínicas e analíticas, com base nos critérios de diagnóstico propostos por Bocquet, *et al.*, foi diagnosticado DRESS a Sulfassalazina.

A possibilidade de recidiva da síndrome está descrita quando se suspende ou reduz a corticoterapia assim como quando não se suspende o fármaco desencadeante, sendo um dos fatores que contribui para a mortalidade do DRESS. Como tal, é imperativo não só diagnosticar precocemente a síndrome como enfatizar as implicações da não adesão à terapêutica e um seguimento adequado. A associação com sulfassalazina está bem documentada, o que implica cuidados acrescidos na prescrição desta.

Microalbuminúria, a primeira pista

Beatriz Gomes Rosa¹; Dany Cruz¹; Catarina Pinto Silva¹; Marinha Silva¹; Cristina Marques²; Carlos Oliveira¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BARCELOS/ESPOSENDE

² HOSPITAL DA LUZ GUIMARÃES

Tema: Doenças renais

Introdução

A nefropatia por imunoglobulina A (IgA) é a glomerulopatia primária mais comum, sendo mais frequente em indivíduos do sexo masculino, entre 15-35 anos. Caracteriza-se pelo depósito de IgA1 na matriz mesangial dos glomérulos, desencadeando um processo inflamatório que evolui de formas assintomáticas até progressão rápida para doença renal terminal (DRT).

Caso Clínico

Homem de 49 anos, com obesidade grau I, esteatose hepática, hipertensão arterial com, pelo menos, 10 anos de evolução mas apenas sob inibidor da enzima de conversão da angiotensina (IECA) desde há 1 mês, e diabetes mellitus tipo 2 não insulinotratada com 7 anos de evolução. Enviado para a consulta de Medicina Interna por elevação da GGT, assintomático. Iniciado estudo da alteração analítica em causa, bem como estratificação dos fatores de risco já conhecidos. Destaca-se valor normal de GGT, função renal preservada, imunoglobulinas normais, eletroforese de proteínas sem pico monoclonal e microalbuminúria ocasional de 1674 mg/g. Negava hematuria, infeções de repetição e história familiar de nefropatia. Alargado estudo com ecografia renal normal, ANA e ANCA negativos, serologias víricas negativas e análise de urina com hematuria (61 eritrócitos/campo) e proteinúria não nefrótica 2241mg/24h. Fez biópsia renal com estudo anatomopatológico compatível com Nefropatia por IgA. Titulou IECA e iniciou agonista de GLP1, bem como medidas higienodietéticas. Em consulta subsequente, já com redução de proteinúria para 1500 mg/24h.

Discussão

Este caso evidencia a importância de uma abordagem abrangente na avaliação de doentes enviados para a consulta externa. A nefropatia de IgA, aqui descoberta incidentalmente, tem evolução variável, podendo levar a DRT em 20 anos em 30% dos casos. O seguimento rigoroso é essencial para otimizar o prognóstico e retardar a progressão da doença. Reforça-se a importância do rastreio e da avaliação precoce de alterações subclínicas na função renal, sobretudo em doentes jovens.

Mieloma múltiplo, o dissimulado

João Antunes; Sara Frazão de Brito; André Santos; Teresa Costa e Silva; Olga Pereira; Bárbara Picado

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

O mieloma múltiplo é das neoplasias hematológicas mais comuns, podendo afetar diversos órgãos e sistemas, desde o próprio sistema hematológico, ao osso e rim.

Caso clínico

Sexo masculino, 49 anos, melanodérmico. História de dislipidemia e patologia osteoarticular. Sem medicação habitual. Recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia, tosse com expectoração e febre. Na admissão apresentava murmúrio vesicular diminuído à esquerda com roncocal e fervores bilateralmente, com insuficiência respiratória grave. Dos exames realizados destacam-se: anemia com hemoglobina 11,2g/dL, leucopenia 2.960/uL, proteína C reactiva 644mg/L, procalcitonina 11,40ng/mL, albumina 20,3mg/L; radiografia de tórax com hipotransparências bilaterais sugestivas de consolidação. Assumido diagnóstico de pneumonia da comunidade, com necessidade de entubação orotraqueal e ventilação. A antigenúria para *Streptococcus pneumoniae* foi positiva, e isolou-se *S.pneumoniae* e *Moraxella catarrhalis* em secreções brônquicas, cumprindo 10 dias de amoxicilina/clavulanato e azitromicina com melhoria, com exame do líquido normal e hemoculturas negativas.

Ao 12º dia de internamento por sinais inflamatórios e edema marcado do joelho direito, realizou artrocentese com líquido turvo e espesso, leucócitos 42872/μL, predomínio de polimorfonucleares. Assumida artrite séptica, iniciando ceftriaxone. Por maior prostração e desorientação realizou tomografia computadorizada de crânio que revelou múltiplas lesões hipodensas intradiploicas osteolíticas. Do estudo destaca-se proteinograma com pico monoclonal na região gama e níveis de IgG aumentados (59,4 g/L). O mielograma com biópsia óssea revelou infiltração blástica superior a 10%, confirmando o diagnóstico.

Conclusão

Este caso espelha a complexidade do doente em Medicina Interna, com múltiplas infeções graves como manifestação inicial, com extensa marcha diagnóstica, a culminar no diagnóstico de uma neoplasia hematológica que se encontrava silenciosa.

Em busca do Wally: uma causa diferente de hemorragia

Maria João Barbosa; Sara Maia Barbosa; Andreia Balbino; Rita Gameiro; Luísa Azevedo; José Ribeiro

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

Os distúrbios da coagulação são uma entidade heterogênea cuja apresentação mais comum é hemorragia espontânea, com tempos de coagulação prolongados. Podem-se dividir em congénitos ou adquiridos, sendo o distúrbio adquirido mais comum a hemofilia A.

Caso Clínico

Homem de 76 anos, com antecedentes de carcinoma da laringe tratado, sem evidência de recidiva. Recorre à urgência por hematoma espontâneo do membro superior esquerdo, sem traumatismo associado, sem compromisso neurocirculatório. Analiticamente com fator VIII diminuído (2.4%) e aPTT prolongado (72.5 segundos), com INR 1.08. Teste de mistura sem correção do tempo de coagulação e pesquisa de inibidores positiva (15.93 U Bethesda). Admitiu-se a hipótese de hemofilia A adquirida, sendo suspensa antiagregação e iniciada corticoterapia 1mg/kg/dia. Dada extensão do hematoma e risco hemorrágico, optou-se por internamento e realização de fator VII recombinante. Verificou-se evolução clínica favorável com reabsorção progressiva do hematoma, mantendo, no entanto, pesquisa de inibidores positiva apesar de terapêutica de irradiação, optando-se pela realização de rituximab. Houve posteriormente normalização de fator VIII com pesquisa de inibidores negativa. Excluiu-se recidiva de doença oncológica, identificando-se apenas anticorpo anti-citrulina positivo e fator reumatoide aumentado. O doente não apresentava manifestações do foro articular ou extra-articular compatíveis com artrite reumatoide, mantendo-se em vigilância clínica, sem evidência de recidiva hemorrágica.

Discussão

A incidência da hemofilia A adquirida incrementa com a idade, estimando-se que 30-50% dos doentes tenham uma etiologia, sendo as mais comuns malignidade, doença autoimune, gravidez ou iatrogenia medicamentosa. Este caso reforça a importância do reconhecimento precoce desta entidade, de modo a iniciar tratamento dirigido precocemente, bem como a possibilidade de não encontrar uma causa bem esclarecida, já que até 50% dos casos são idiopáticos.

Da Disfagia à Neurosarcoidose: Uma Apresentação Incomum

Inês Domingues; Beatriz Santos; Patrícia Santos; Fábio Pé D'Arca Barbosa; Vanda Spencer

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistémica com envolvimento pulmonar frequente.

O envolvimento neurológico é raro afetando 5 a 10% dos doentes.

Caso Clínico

Homem de 47 anos, com hipertensão arterial, apresentou disfagia progressiva para sólidos e líquidos com seis semanas de evolução e necessidade de sonda nasogástrica para alimentação. Referia ainda disfonia, poliartralgias, febre baixa intermitente, perda ponderal e tosse seca. À observação apresentava-se emagrecido, normoxémico com paralisia facial periférica esquerda e parestesias nos membros, sem dermatomo específico. Sem adenopatias periféricas. A Endoscopia digestiva alta excluiu obstrução mecânica. A radiografia e tomografia computadorizada torácicas revelaram adenopatias hilares. Analiticamente, anemia de doença crónica com velocidade de sedimentação e enzima conversora da angiotensina aumentadas. A autoimunidade e microbiologia foram negativas. Lavado broncoalveolar com relação CD4:CD8 aumentada. A Tomografia por Emissão de Positrões evidenciou hipermetabolismo múltiplo (raízes nervosas, ganglionar e pulmonar). Excluída causa neoplásica e infecciosa. A ressonância magnética cerebral revelou inflamação parenquimatosa e perivascular, nomeadamente bulbo-protuberancial. O estudo eletrofisiológico demonstrou polineuropatia sensoriomotora com padrão “sural sparing”. Realizada biópsia de massa hilar que revelou linfadenite granulomatosa do tipo sarcoide. A pesquisa de micobactérias nas secreções brônquicas e biópsia hilar foi negativa. Assumiu-se o diagnóstico de Neurosarcoidose, tendo iniciado corticoterapia sistémica, com pulsos de metilprednisolona com posterior transição para prednisolona, com melhoria clínica.

Discussão:

Embora rara, a disfagia pode ser manifestação inicial de neurosarcoidose, destacando a diversidade de apresentações da doença. Esta apresentação atípica reforça a importância de considerar a neurosarcoidose no diagnóstico diferencial da disfagia grave. O tratamento precoce pode evitar progressão e melhorar a qualidade de vida.

Quedas de repetição: Um caso de Linfoma Primário do SNC

Inês Domingues; Beatriz Santos; Patrícia Santos; Vanda Spencer

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

O linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) primário do sistema nervoso central (SNC) é um subtipo raro limitado ao SNC, sem envolvimento sistémico. Representa 4 a 6% dos linfomas não-Hodgkin e 2% dos tumores cerebrais, com implicações terapêuticas e prognósticas distintas. A biópsia cerebral é essencial para confirmação e exclusão de diagnósticos diferenciais.

Caso Clínico

Mulher, 81 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia recorreu ao Serviço de Urgência por quedas de repetição associadas a diminuição progressiva da força no hemicorpo esquerdo. À observação, com hemiparesia esquerda com parésia facial central esquerda, sem queixas álgicas ou alterações sensitivas. Analiticamente, sem aumento de parâmetros inflamatórios e serologias virais negativas. A tomografia computadorizada (TC) crânio-encefálica (CE) revelou uma lesão ocupante de espaço periventricular com edema associado. A ressonância magnética CE foi sugestiva de provável linfoma. Realizou TC Toraco-abdomino-pélvica de estadiamento que revelou espessamento do cólon ascendente e nódulo mamário esquerdo, com colonoscopia, mamografia e ecografia mamária sem evidência de malignidade. A tomografia por emissão de positrões não revelou evidência extracraniana de malignidade. Durante o internamento, com agravamento dos défices motores e evolução para hemiplegia esquerda, tendo iniciado corticoterapia em alta dose e reabilitação motora com recuperação funcional, possibilitando marcha assistida. A biópsia foi sugestiva de LDGCB primário do SNC tendo sido referenciada a Hematologia e iniciado quimioterapia.

Discussão

O LDGCB primário do SNC, embora raro, deve ser considerado no diagnóstico diferencial de lesões cerebrais. A biópsia é essencial para o diagnóstico. Os idosos apresentam pior prognóstico devido a maiores comorbilidades e menor tolerância ao tratamento. A abordagem multidisciplinar é fundamental para otimizar o prognóstico e a qualidade de vida destes doentes.

LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B COM APRESENTAÇÃO ATÍPICA - UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Ana Filipa C. Correia; Ana Gomes Tavares; Dília R. Valente; Helena Rita; Nuno Bernardino Vieira

HOSPITAL DO BARLAVENTO ALGARVIO

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

O linfoma difuso de grandes células B (LDGCB), que é a neoplasia linfóide mais comum em adultos, apresenta-se frequentemente com adenopatias e sintomas constitucionais. Na forma mais agressiva, com apresentações extranodais e complicações tromboembólicas que podem atrasar o diagnóstico. Este caso sublinha a importância do diagnóstico precoce e da abordagem multidisciplinar em Medicina Interna.

Caso Clínico

Mulher, 64 anos, sem comorbilidades relevantes, apresentou tumefação torácica direita, inicialmente tratada como infeção cutânea com múltiplas vindas ao SU e 2 ciclos de antibiótico, desenvolvendo reacção de hipersensibilidade à Levofloxacina. Um mês depois apresentou nova tumefação no flanco direito motivando TC toraco-abdomino-pélvica, que revelou adenopatias mediastínicas e massa infiltrativa torácica. A biópsia da lesão confirmou LDGCB.

Encaminhada à Consulta de Medicina Interna por fadiga intensa, dispneia e edema progressivo do membro inferior direito. Ao exame objetivo, destacava-se uma massa torácica endurecida (10 cm), lesão infiltrativa glútea (4 cm) e edema da coxa. Diagnosticada com TEP e trombo na veia cava inferior, com progressão adenopática mediastínica e retroperitoneal. Laboratorialmente, apresentava anemia e LDH 1219 U.

Discutido com Hematologia e Cirurgia Vascular, iniciou anticoagulação com enoxaparina, corticoterapia e profilaxia para lise tumoral, com resposta favorável, regressão das lesões e melhoria clínica. Solicitou-se PET para estadiamento e foi encaminhada para Onco-hematologia.

Discussão

A apresentação atípica do LDGCB, mimetizando infeções, pode atrasar o diagnóstico. A associação com fenómenos tromboembólicos realça o estado pró-trombótico das neoplasias hematológicas. Este caso destaca o papel da Medicina Interna no diagnóstico, na estabilização e abordagem multidisciplinar, assegurando uma gestão célere e otimizada para o doente.

Feeling young again - adult manifestations of a pediatric disease

Ana Reis; André Conchinha; Maria João Barbosa; Mário Rodrigues; Melanie Ferreira; Manuel Monteiro; Leonor Soares; Vasco Gaspar; Luís Dias

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

IgA vasculitis is an inflammation of the small blood vessels caused by the deposition of immune IgA complexes, affecting mostly children under ten years of age. This acute systemic deposition of immune complexes manifests more commonly as a palpable purpuric rash, arthralgia/ arthritis, abdominal pain, and glomerulonephritis. Although it is usually self-limited, IgA vasculitis can result in renal dysfunction. In adults, the disease course may not be as benign as in children, resulting in more severe complications.

In this case report, we report a case of a 73-year-old woman admitted for management of acute decompensated heart failure and skin infection of the left foot with bacteremia to *Streptococcus pyogenes*.

Bacteremia was documented, and directed antibiotic therapy was started. Although the patient initially improved, on day 10 of treatment, new palpable purpuric skin lesions were documented, along with complaints of nausea, abdominal pain, and acute renal lesion. Although a skin biopsy did not show signs of vasculitis, a kidney biopsy was conducted and was compatible with IgA nephropathy. Corticosteroids were initiated and slowly tapered over time, with a favorable outcome, with resolution of skin lesions and improvement of kidney function.

We discuss the differential diagnosis of skin manifestations in complex patients and the confounding factors that may impact diagnosis and adequate treatment of this disease, as well as the importance of multidisciplinary discussion and cooperation in the management of patients.

Leptospirose: a propósito de 3 casos clínicos

Cátia A. Martins; Luísa Teixeira; Alexandra Rodrigues; Patricia Nunes; Mónica Jardim; Joana Queirós; Rita Almeida; Teresa Faria

SESARAM EPERAM

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A leptospirose é causada pela espiroqueta do género *Leptospira*. É uma das zoonoses mais comuns, não estando restrita a uma zona geográfica. A sua apresentação é variada, desde doença ligeira e autolimitada até grave (doença de Weil). Os autores apresentam 3 casos no sentido de alertar para a apresentação inespecífica desta infeção e a necessidade de elevado grau de suspeição para o seu diagnóstico.

Casos clínicos

Mulher de 72 anos, recorre ao serviço de urgência (SU) por vômitos, fezes pastosas, lombalgia e diminuição da força muscular nos membros inferiores; ao exame objetivo, estava hipotensa e com dor difusa na palpação abdominal; analiticamente, com leucócitos 14300/uL, plaquetas 95000/uL, creatinina 2,55mg/dL e PCR 269,9mg/L. Homem de 53 anos, apresentou-se no SU com odinofagia, cefaleias e mialgias com incapacidade para marcha; sem alteações de relevo no exame objetivo; analiticamente, sem leucocitose, plaquetas 37000/uL creatinina 2,05mg/dL PCR 126,91mg/L CK 4805U/L. Mulher de 59 anos, apresenta-se no SU com dor abdominal com irradiação lombar; estava febril e com dor difusa na palpação abdominal; analiticamente com leucócitos 13800/uL e PCR 124,26 mg/dL. Posteriormente apurou-se contexto epidemiológico de contacto com ratos em todos os indivíduos. A pesquisa de RNA de *Leptospira* viria a ser positiva.

Discussão

As apresentações clínicas de leptospirose variadas tornam fundamental a suspeita clínica e a procura de contexto epidemiológico para se chegar ao diagnóstico. É um diagnóstico considerado apenas perante quadros infecciosos sem outra explicação mais plausível, o que poderá atrasar o início de antibioterapia dirigida. Perante a suspeita, o início de antibioterapia não deve ser protelado até à confirmação laboratorial.

Trombose do Seio Cavernoso Secundária a Sinusite: Um Caso de Celulite Orbitária Complicada

Carolina Almeida Robalo; Ana Teixeira Reis; Letícia Garcia Nabem; Margarida Neto; Pedro Carreira; Ermelinda Pedroso

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA ARRÁBIDA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A trombose do seio cavernoso é uma complicação rara, mas grave, de infeções rinosinusais, podendo levar a sequelas neurológicas permanentes. O reconhecimento precoce e uma abordagem multidisciplinar são essenciais para reduzir a morbilidade e mortalidade associadas. Este caso clínico ilustra a importância dessa abordagem e destaca os desafios terapêuticos envolvidos.

Mulher de 53 anos, com antecedentes de artrite reumatoide, medicada com metotrexato e adalimumabe e alergia à penicilina recorreu à urgência por cefaleia frontotemporal, fotofobia, vômitos e rigidez da nuca. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios, tomografia computadorizada cranioencefálica (TC-CE) sem alterações e punção lombar compatível com meningite, tendo iniciado antibioterapia empírica com meropenem, vancomicina e aciclovir. Durante o internamento, evoluiu com exoftalmia e sinais inflamatórios orbitários pelo que realizou TC-CE que evidenciava celulite orbitária com extensão intracraniana e trombose do seio cavernoso e da veia oftálmica superior esquerda. Transferida para unidade de neurocríticos e submetida a septoplastia, uncinectomia, etmoidectomia total e esfenoideotomia, sem intercorrências e mantida antibioterapia. Posteriormente, desenvolveu diplopia binocular e anisocoria, sendo diagnosticada mononeuropatia do VI nervo craniano esquerdo. Foi iniciada anticoagulação com enoxaparina. O isolamento de *Streptococcus intermedius* em hemoculturas levou ao ajuste da antibioterapia para ceftriaxone. A doente manteve evolução favorável, com melhoria clínica progressiva e transferência para a enfermaria de Medicina Interna.

A trombose do seio cavernoso é uma emergência neurológica grave que requer reconhecimento e intervenção precoce. A abordagem multidisciplinar, incluindo antibioterapia dirigida, intervenção cirúrgica e anticoagulação, foi essencial para a recuperação da doente. A presença de sinais orbitários deve sempre levantar suspeita de complicações intracranianas, permitindo diagnóstico e tratamento atempados para minimizar sequelas.

Mioma, um trigger da tríade de Virchow

Margarida Urpina Matias; João Pedro Ramos; João Rio; Helena Novo de Sousa; Francisca Ramos; Marta Roldão; Raquel Montalvão; Maria Inês Soares; Marta Anastácio

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LISBOA OCIDENTAL

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

Uma das causas de tromboembolismos venosos é a compressão extrínseca da veia cava inferior (VCI), ativando mecanismos da tríade de Virchow. Embora rara, esta situação pode ocorrer devido a massas abdomino-pélvicas. Cerca de 4% das doentes com miomas uterinos reportaram fenómenos tromboembólicos como a sua queixa principal.

Caso Clínico

Mulher de 71 anos com história de dislipidémia e doença venosa crónica, apresentou-se no Serviço de Urgência (SU) com tosse e edema do membro inferior esquerdo (MIE) com dias de evolução. À observação no SU estava febril, taquicárdica, com edema e rubor no MIE, na palpação abdominal com uma massa pélvica pétreia. Dos estudos realizados em SU, NTproBNP 848pg/mL, PCR 28mg/dL, fibrilhação auricular (FA) com resposta ventricular rápida, tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral, com sinais de sobrecarga direita e sinais de enfarte pulmonar; a volumosa massa pélvica 20x20cm com calcificações centrais e necrose, centrada no útero, condicionava compressão da VCI; extensa trombose venosa esquerda e parcial à direita. Foi admitido o diagnóstico de massa pélvica uterina a condicionar compressão extrínseca da VCI, oclusão bilateral das veias ilíacas e trombose venosa profunda (TVP), FA de novo, TEP e enfarte pulmonar. Ficou internada no serviço de Medicina. O estudo da massa pélvica revelou ser um mioma do tipo 2-5 (FIGO). A doente foi orientada para a consulta de hipocoagulação e ginecologia, com indicação para histerectomia.

Discussão

Embora atípica, a associação entre mioma uterino, TVP e TEP existe. Grandes massas miomatosas podem predispor aos anteriores, por compressão venosa extrínseca, com consequente estase e hipercoagulabilidade. Assim, deve ser considerada a sua investigação e abordagem cirúrgica.

Onde está o Wally?

João Pedro Ramos; Margarida Urpina Matias; Francisca Ramos; Helena Novo de Sousa; João Rio; Marta Roldão; Raquel Montalvão; Maria Inês Soares; Marta Anastácio

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LISBOA OCIDENTAL

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

Cerca de 2% dos cancros invasivos correspondem a neoplasias de primário desconhecido, sendo a maioria adenocarcinomas. Inicialmente, apresentam-se com sintomas referentes a metastização. A sua abordagem diagnóstica e terapêutica é complexa e desafiante.

Caso Clínico

Homem de 73 anos com história de hipertensão arterial e asma apresentou-se no Serviço de Urgência (SU) com quadro de perda ponderal de 15%, cansaço, saciedade precoce, colúria, acolia e aumento do perímetro abdominal com 3 meses de evolução. À observação apresentava ascite sob tensão e murmúrio vesicular diminuído bilateralmente. Do estudo em SU, objetivou-se anemia, volumosa ascite livre a condicionar isquemia renal direita e derrame pleural bilateral. Foi internado no serviço de Medicina. A paracentese excluiu peritonite bacteriana espontânea e identificou células compatíveis com malignidade. Do estudo realizado: eletroforese com pico monoclonal IgG kappa, antígeno específico da próstata normal, VIH e vírus hepáticos negativos, no líquido ascítico (LA) identificadas células de adenocarcinoma metastático e líquido pleural com citologia compatível com malignidade. Foi admitido o diagnóstico de adenocarcinoma de primário desconhecido. Prosseguiu estudo, repetindo tomografia computadorizada tóraco-abdomino-pélvica, apenas com adenomiomatose perivesicular. Endoscopia sem alterações, colonoscopia sem progressão após o sigmóide por fixação. Imunofenotipagem do LA: ErbB4+ (indicador de carcinomatose peritoneal), CEA>10.000, AFP 793, CK20+, CK7+, CKX2+, CK19- (indicando provável neoplasia gástrica/hepatobiliar). Por agravamento ECOG e PS, foi transferido para Oncologia para iniciar quimioterapia. Ainda se encontra em estudo, e aguarda TC cólon, PET e CPRM.

Discussão

As neoplasias metastizadas de primário desconhecido têm uma marcha diagnóstica e abordagem terapêutica desafiantes. Em cerca de 20-30% dos casos de adenocarcinoma metastático, o primário não é identificado.

Síndrome de Kounis

Margarida Santos; Pedro Laranjo; Valentyn Roschkulets; Luísa Alvarenga; Alexey Shigaev; Henrique Rita

HOSPITAL LITORAL ALENTEJANO

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

A Síndrome de Kounis (SK) é caracterizada por um síndrome coronário agudo (SCA) induzido por reação alérgica ou anafilática. Ocorre por ativação dos mastócitos e plaquetária desencadeando a libertação de mediadores inflamatórios, resultando em lesão coronária por vários mecanismos: vasoespasmo coronário (tipo 1), rutura de placa aterosclerótica (tipo 2) ou trombose de stent coronário (tipo 3). Diversos alergénios podem precipitar esta síndrome, incluindo fármacos, alimentos e picadas de inseto. Apesar de não ser uma entidade rara é frequentemente pouco reconhecida e subdiagnosticada.

Caso Clínico

Homem de 66 anos, autónomo, com história de hipertensão arterial e apneia obstrutiva do sono. Admitido por mal estar e dor torácica a irradiar ao dorso com 3 dias de evolução. Ao exame físico sem alterações. Eletrocardiograma (ECG) em ritmo sinusal com frequência cardíaca de 60 bpm, sem alterações da repolarização e troponina ultrasensível de 0,76 pg/mL.

Por manter dor com agravamento à palpação torácica, com ECG e troponina normais, assumida etiologia músculo-esquelética e realizada analgesia com diclofenac, iniciando quadro súbito de hipotensão, obnubilação e exantema cutâneo máculo-papular pruriginoso disperso. Realizada adrenalina, clemastina e hidrocortisona com escasso benefício clínico.

Repetido ECG apresentando supradesnivelamento do segmento ST em DII, DIII e aVF e infradesnivelamento do segmento ST de V1-V4 bem como incremento de troponina ultrasensível para 9864 pg/mL, sugestivos de enfarte agudo do miocárdio pósterio-inferior. Por se manter hemodinamicamente instável, teve necessidade de suporte aminérgico, sendo posteriormente transferido de forma emergente para o centro de referência de cardiologia para cateterismo cardíaco.

Discussão

Neste caso, trata-se de um tipo 2 do SK, já que o doente apresentava dor torácica inespecífica, sem alterações eletrocardiográficas ou de biomarcadores de necrose miocárdica, tendo evoluído para enfarte agudo do miocárdio com elevação do segmento ST após anafilaxia induzida pela analgesia. O tratamento destes casos exige cautela, pois fármacos como a adrenalina, podem exacerbar a isquémia miocárdica, sendo que a sua abordagem deve equilibrar a estabilização hemodinâmica com a proteção miocárdica, para reduzir a morbimortalidade.

Emergências Oncológicas na Era da Imunoterapia: Um caso de Toxicidade Imunomediada do Pembrolizumab

Marta Anastácio; Tiago Pina Cabral; Marta Roldão; Margarida Ribeiro; Francisca Dâmaso; Inês Bento Andrade; Helena Sousa; João Oliveira; Francisca Lourenço Ramos; Ana Plácido; Ana Lynce; Cândida Fonseca

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LISBOA OCIDENTAL

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

O uso de inibidores de *checkpoints* imunitários (ICI) tem revolucionado o tratamento do cancro. Este avanço terapêutico tem originado uma nova era de emergências oncológicas, dando origem a toxicidades imunomediadas, algumas das quais graves e difíceis de reconhecer.

Caso Clínico

Mulher de 49 anos, com antecedentes de Tiroidite de Hashimoto e diagnóstico de Cancro da mama triplo negativo precoce, estadio IA, sob tratamento neoadjuvante com Carboplatina, Paclitaxel e Pembrolizumab. Admitida no Serviço de Urgência por dor abdominal intensa e dejeções diarreicas aquosas (>10 em 12 horas). À observação inicial apresentava-se subfebril, hipotensa, taquicárdica, hipoglicémica (55 mg/dL) e com abdómen difusamente doloroso. Laboratorialmente com pancitopénia (hemoglobina 8.1 g/dL, leucócitos $800 \times 10^9/L$, neutrófilos $170 \times 10^9/L$, plaquetas $45 \times 10^9/L$), lesão renal aguda AKIN II (creatinina 1.78 mg/dL), elevação de proteína C reativa (18.3 mg/dL) e pró-calcitonina (0.19 ng/mL), disfunção tiroideia grave (TSH 72 $\mu U/L$, T4 livre 2.28 ng/dL). Assumida Neutropénia febril com suspeita de foco infeccioso abdominal. Iniciado Piperacilina-tazobactam empírico e fluidoterapia. Evolução desfavorável com hipotensão refratária, tendo iniciado perfusão de noradrenalina. Após discussão com Serviço de Oncologia, doseado cortisol sérico de 1.9 $\mu g/dL$, iniciado pulso de 500mg de Metilprednisolona, seguido de Prednisolona (2mg/kg/dia) e incrementada dose de levotiroxina. Possibilidade de redução progressiva de vasopressor, com suspensão ao 2º dia de corticoterapia. Diagnóstico final de disfunção multi-órgão imunomediada: insuficiência supra-renal G3, colite G3, pancitopénia G3 e hipotiroidismo G2. Alta sob corticoterapia ao 11º dia, após estabilidade clínica e laboratorial.

Discussão

Este caso clínico destaca a importância do reconhecimento precoce e abordagem adequada das toxicidades imunomediadas graves associadas aos ICI. A apresentação clínica complexa, que pode mimetizar outras condições oncológicas comuns, exige um alto índice de suspeição, com avaliação endócrina cuidadosa e terapêutica rápida com corticosteróides em alta dose. Este cenário enfatiza ainda a necessidade de educação contínua e abordagem multidisciplinar na otimização dos cuidados aos doentes sob imunoterapia.

Uma causa pouco comum de trombose venosa

Rita Menezes Azevedo; Inês Pinto; Ana Rita Antunes; Sara Henriques; Diogo Macedo; Juliana Silva; Pedro Oliveira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Doenças cardiovasculares

O tromboembolismo venoso tem múltiplas causas, entre elas adquiridas (p.e. pós-cirurgia, neoplasia, imobilização prolongada, anticontraçetivos orais) e hereditárias (p.e. trombofilias). As apresentações mais comuns são o tromboembolismo venoso periférico e o tromboembolismo pulmonar; outras localizações apresentam um desafio diagnóstico. A cuidadosa colheita de história clínica pode apontar para uma etiologia mais provável.

Homem, 53 anos, sem antecedentes de relevo; história familiar materna de tromboflebites recorrentes e irmã que faleceu aos 27 anos de tromboembolismo pulmonar. Quadro de dor epigástrica, tendo recorrido várias vezes ao SU com indicação para tratamento sintomático. Por manutenção das queixas, foi alargado o estudo. Analiticamente sem alterações. Endoscopia digestiva alta sem alterações. Ecografia abdominal e AngioTC abdominal a mostrar trombose da veia porta com transformação cavernomatosa. Ficou internado no Serviço de Medicina Interna; do estudo, VS 59mm/h, Ig's e complemento sem alterações, autoimunidade negativa (FR, ANA, anti-CCP), anti-cardiolipina e anti-B2GPI negativas, marcadores víricos negativos. Teve alta com edoxabano e orientado para consulta de Hepatologia. A 29/11 volta ao SU por recrudescência da dor abdominal, tendo repetido Angio-TC abdominal a mostrar de novo extensão da trombose das veias mesentérica superior e esplénica. Ficou internado no S. Medicina Interna, tendo sido submetido a trombectomia portal e da mesentérica superior. Durante o internamento, queixas compatíveis com claudicação do membro inferior; EcoDoppler mostrou oclusão da artéria tibial anterior. Decidido alta com apixabano e orientado para consulta de TEV. Do estudo extenso, diagnosticada mutação no gene SERPINC1 (antitrombina) em heterozigotia, provavelmente patogénica.

Este caso salienta a importância da anamnese e colheita da história familiar não só no reconhecimento de eventos trombóticos, mas também na investigação etiológica dos mesmos, já que as causas hereditárias podem levar a tromboembolismo em diferentes leitos vasculares e em localizações menos habituais. Acresce ainda a co-existência de trombose arterial que, apesar de pouco comum, pode estar presente nos casos relacionados com mutações da antitrombina.

Síndrome de Cushing ACTH independente por adenoma da supra-renal

Pedro Dias Dos Santos; João Azeredo Costa; Carolina Cardoso; Ana Luísa Pittorro; Beatriz Luís Lopes; David M. Furtado; Daniel Veiga; Mariana da Silva Alves

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A Síndrome de Cushing é uma doença metabólica grave provocada por níveis séricos persistentemente elevados de cortisol. Nesta doente a presença de hipertensão arterial (HTA) e hipocalémia de longa data levantou a suspeita diagnóstica.

Caso clínico

Apresenta-se o caso de uma mulher de 45 anos, com antecedentes de HTA (diagnóstico aos 32 anos e difícil controlo), obesidade classe II, síndrome depressiva, tabagismo e tromboflebite do MIE em 2015.

Recorreu ao SU por agravamento de edemas crónicos dos membros inferiores e por edema da face. Na admissão constatada alcalose metabólica e hipocaliemia grave (2.0 mmol/L) refratária que associado a HTA de difícil controlo em idade jovem e obesidade central levantou suspeita de patologia mineralo/glucocorticóide.

Internada para estudo etiológico realizou doseamento de Cortisol sérico que se encontrava aumentado (1284.91 mmol/L, valor referência (vr) 185-624) e ACTH que se encontrava diminuída (5.5 pg/mL, vr 7.2-63.5), doseamento de cortisol salivar às 0h que se encontrava aumentado (13.7 ug/dL Vr < 0.100) e cortisol urinário também aumentado (31311 mmol/24h vr 160-1112) e realizou TAC complementada por RMN abdominal que revelou massa com 5,5 cm suspeita de adenoma exofítico da supra-renal esquerda. Doseamentos de catecolaminas, renina e aldosterona normais.

Realizado o diagnóstico de Hiper cortisolismo ACTH independente foi contactado o serviço de Endocrinologia do Hospital Curry Cabral, sendo a doente submetida a adrenalectomia cuja histologia revelou adenoma da cortical da glândula supra-renal esquerda.

Discussão

Este caso reforça a importância de estar alerta para as causas de hipertensão arterial secundária no jovem.

Quando os soluços revelam algo mais...

Pedro Dias Dos Santos; João Azeredo Costa; Ana Luísa Pitorro; Carolina Cardoso; Beatriz Luís Lopes; David M. Furtado; Daniel Veiga; Mariana da Silva Alves

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO

Tema: Doenças respiratórias

Introdução

Os soluços constituem uma condição que afeta a maioria das pessoas em algum momento da vida. Usualmente são benignos e autolimitados, mas se prolongados no tempo (duração > 48 horas) carecem de investigação pois podem ter subjacente uma condição patológica.

Caso clínico

Homem 63 anos com antecedentes de patologia hemorroidária e cirurgia prévia ao joelho direito.

Recorreu ao SU por soluços com 5 dias de evolução. Referia adicionalmente tosse produtiva, disfonia e odinofagia.

Na admissão febril, sem outras laterações ao exame objectivo. Realizou estudo analítico que mostrou elevação de parâmetros inflamatórios, RX torax sem alterações de relevo.

Realizou TAC Torácico,abdominal e pélvico com achados compatíveis com pneumonia com consolidação inferomedial no lobo médio, vertente anterior dos lobos direitos e inferior do lobo inferior esquerdo. Antigenúria positivas para *S.pneumoniae* sendo medicado com amoxicilina + ácido clavulânico.

Discussão

Este caso mostra a importância de integrar as queixas do doente. Não sendo os soluços uma manifestação típica de pneumonia, nesta situação em particular eram o principal sintoma do doente decorrentes da localização justadiafragmática com irritação do nervo frénico.

Amiloidose, uma causa rara de síndrome nefrótica a considerar

Ana F. Lopes; Catarina Santos Reis; Inês Isabel Trancoso; Marta Soares Carreira; Paulo Almeida; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças hematológicas

A amiloidose é uma doença rara caracterizada por deposição de proteína amiloide em diferentes tipos de tecidos, resultando numa apresentação clínica heterogênea, com possibilidade de atingimento multissistémico

Trata-se de uma mulher de 69 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia internada no serviço de Medicina Interna para estudo de síndrome nefrótica. A doente apresentava edema dos membros inferiores e percepção de urina espumosa com 2 meses de evolução e agravamento progressivo da função renal (Creatinina [pCr] de 0.7mg/dL para 2.1 mg/dL) nos últimos 6 meses. O estudo complementar revelou hiperlipidemia e hipoalbuminemia de 21.5 g/L, com serologias víricas e painel autoimune negativos, e proteinúria nefrótica (11g/24h), elevação de IgA (1350mg/dL), pesquisa de cadeias leves séricas e urinárias com elevação das cadeias Kappa (37.16mg/dL e 48mg/dl respetivamente) e eletroforese de proteínas com pico na região beta2. Por suspeita de amiloidose, a doente realizou biópsia de glândulas salivares menor e gordura abdominal que foram inconclusivas. Posteriormente foi realizada biópsia renal que confirmou deposição de substância amiloide com birrefringência “verde maçã” na coloração de Vermelho do Congo, com positividade para cadeias leves kappa no estudo imuno-histoquímico, estabelecendo-se assim o diagnóstico de amiloidose AL de cadeias kappa com gamopatia monoclonal IgA/Kappa. Foi ainda excluído atingimento ósseo e cardíaco desta patologia. Iniciado tratamento com dexametasona, doxiciclina, ciclofosfamida, bortezomib e daratumumab.

Este caso clínico visa relembrar a importância desta entidade, que apresenta frequentemente atingimento renal, com manifestação através de síndrome nefrótica. O seu reconhecimento precoce permite o seu diagnóstico atempado e consequentemente a instituição de um tratamento eficaz e dirigido.

“6.000 Razões para uma Pancreatite Grave”

Mafalda Hipólito Reis; Lumira Marques; Stella Cortes Verdasca; Tereza Veloso

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALENTEJO CENTRAL

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A pancreatite aguda secundária a hipertrigliceridemia é uma causa rara, mas potencialmente grave, responsável por 1-4% dos casos. Apresenta maior risco de complicações, incluindo necrose pancreática e falência multiorgânica, quando os triglicerídeos ultrapassam 1.000 mg/dL. Este caso destaca a importância do reconhecimento precoce e tratamento agressivo, incluindo plasmaferese e insulinoaterapia, para otimizar o prognóstico.

Caso clínico

Mulher de 25 anos, sem antecedentes relevantes além de hipertensão arterial e dislipidemia diagnosticadas na gravidez, recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal intensa no hipocôndrio esquerdo, associada a vômitos. Apresentava hipertensão (172/104mmHg) e taquicardia sinusal (120bpm). A ecografia abdominal mostrou esteatose hepática e litíase vesicular sem sinais de colecistite. Analiticamente, destacavam-se hipertrigliceridemia grave (6064 mg/dL), leucocitose e elevação discreta da lipase (560U/L). A tomografia abdominal revelou inflamação exuberante na região peripancreática, sugerindo pancreatite grave, e alterações inflamatórias na gordura subfrênica esquerda. Foi admitida nos Cuidados Intensivos devido a critérios de gravidade (taquicardia persistente, hiperlactacidemia e dor de difícil controlo) e realizou uma sessão de plasmaferese, com redução dos triglicerídeos para <500 mg/dL. Manteve elevação sustentada dos valores, justificando perfusão transitória de insulina e introdução de terapêutica com estatina e fibrato. A dor foi inicialmente difícil de controlar, necessitando de opioides, com melhoria gradual. Transferida para enfermaria após estabilidade.

Discussão

A pancreatite por hipertrigliceridemia exige elevada suspeição clínica, especialmente em doentes sem consumo de álcool ou patologia biliar. O tratamento precoce reduz complicações, sendo a plasmaferese uma opção eficaz em hipertrigliceridemia grave. O controlo rigoroso dos fatores metabólicos é essencial para prevenir recorrências, reforçando a necessidade de acompanhamento a longo prazo.

“Tumor Primário Oculto: O Enigma de uma Lesão Cerebral”

Mafalda Hipólito Reis; Lumira Marques; Stella Cortes Verdasca; Tereza Veloso

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALENTEJO CENTRAL

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

As lesões cerebrais expansivas podem ser a primeira manifestação de doença neoplásica, exigindo investigação detalhada para identificar a origem primária. Este caso destaca a importância da neuroimagem na caracterização da lesão e a necessidade de um rastreio exaustivo, mesmo quando exames iniciais não revelam o foco primário.

Caso clínico

Mulher de 69 anos, autónoma, sem antecedentes oncológicos conhecidos, recorreu ao Serviço de Urgência por lentificação motora, diminuição da força no membro superior direito e desequilíbrio da marcha com 2 dias de evolução. Negava febre, cefaleia, sintomas infecciosos ou constitucionais. Ao exame objetivo, apresentava paresia grau 3 em 5 no hemicorpo direito, dismetria à esquerda e reflexos preservados. A tomografia cranioencefálica revelou lesão hiperdensa justacortical parietal esquerda (2,8cm), com edema extenso e desvio das estruturas medianas de 15mm, altamente sugestiva de processo expansivo secundário. Iniciou corticoterapia com Dexametasona.

Durante o internamento, realizou TC toraco-abdomino-pelvica, mamografia, ecografia mamária, endoscopia digestiva alta e colonoscopia, sem evidência de tumor primário. A Ressonância magnética cerebral confirmou a lesão expansiva hemorrágica, com edema perilesional exuberante e uma segunda lesão nodular no esplénio do corpo caloso. Analiticamente, apresentava hiponatremia ligeira (130 mmol/L), possivelmente paraneoplásica, e glicemia elevada transitória atribuída à corticoterapia. Durante a evolução, manteve estabilidade clínica, com regressão dos défices neurológicos e normalização do exame neurológico à alta.

Discussão

Este caso reforça a importância da abordagem sistemática das lesões expansivas cerebrais, especialmente na ausência de neoplasia primária identificada. A combinação de neuroimagem avançada e rastreio neoplásico abrangente é essencial para um diagnóstico preciso. A terapêutica com corticoides foi eficaz no controlo dos sintomas, permitindo planeamento terapêutico e seguimento em consulta de Neurocirurgia.

Será a hipocoagulação profilática suficiente para evitar tromboembolismo pulmonar nas fraturas?

Flávia Freitas; Daniel Rodrigues; João Mota; Carlos Oliveira; Dany Cruz

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BARCELOS/ESPOSENDE

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A etiologia do tromboembolismo pulmonar (TEP) está muitas vezes associada à tríade de Virchow. O estado de estase sanguínea por maior imobilização é uma causa frequente desta doença.

Caso Clínico

Homem, 30 anos, sem antecedentes patológicos. O doente sofreu um acidente de trabalho com fratura do hálux e segundo dedo do pé esquerdo com necessidade de imobilização com tala gessada e de introdução de enoxaparina como trombopprofilaxia. Cerca de 10 dias depois, doente iniciou clínica de toracalgia pleurítica, episódios de dispneia súbita, dispneia para pequenos esforços e tonturas. Passados 3 dias, por ausência de melhoria, recorreu ao Serviço de Urgência. À admissão, apresentava perfil tensional controlado com taquicardia, sem outras alterações de relevo. Realizado eletrocardiograma que revelou inversão da onda T em D3. Analiticamente com aumento de d-dímeros (5579 ng/mL) e da troponina I (265,3 pg/mL) sem outras alterações. Tomografia torácica com angiografia revelou trombos nas artérias pulmonares principais que se prolongaram por artérias de todos os lobos de ambos os pulmões. Ecocardiograma revelou disfunção ventricular direita com sinal de *Mc Connell* presente. Portanto, foi assumido o diagnóstico de TEP maciço bilateral de risco intermédio-alto (PESI de 8 pontos), tendo ficado internado inicialmente em Medicina Intensiva e posteriormente no Serviço de Medicina Interna. Do estudo etiológico, salienta-se um aumento da resistência da proteína C ativada. Doente apresentou evolução clínica favorável, mantendo seguimento em Consulta Externa de Medicina Interna e Imunohemoterapia para prossecução do estudo etiológico.

Discussão

Este caso clínico demonstra que os casos de TEP em doentes jovens saudáveis podem estar relacionados com fatores hereditários ou adquiridos. Por vezes, eventos agudos podem despoletar a ativação de fatores hereditários desconhecidos. Neste sentido, é essencial o estudo etiológico na prevenção de eventos futuros.

Hipercalcemia Paraneoplásica: Um Caso Raro de Carcinoma Espinocelular

Madalena Martins Vale; Daniel Alves; Mariana Marques; Patrícia Sobrosa; Joana Sá Couto; Diana Guerra

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, EPE / HOSPITAL DE SANTA LUZIA

Tema: Doenças oncológicas

A hipercalcemia é uma alteração metabólica comum, podendo resultar de causas endócrinas, renais, ósseas ou neoplásicas. Nos doentes oncológicos, pode resultar da produção de PTHrP (proteína relacionada com a paratormona) ou da invasão óssea metastática. A identificação precoce da causa subjacente é crucial para um tratamento eficaz e melhor prognóstico.

Homem de 77 anos, com antecedentes de carcinoma espinocelular invasivo do membro superior direito, tratado com amputação e em vigilância oncológica há 1 ano, foi admitido no serviço de urgência após queda. Referia um quadro com 1 mês de evolução de dor e défice motor progressivo no membro inferior esquerdo, com perda de marcha autónoma. A avaliação inicial por Ortopedia excluiu síndrome de cauda equina. Quando observado por Medicina Interna, foi detetada uma lesão glútea esquerda, inicialmente interpretada como hematoma. Analiticamente, constatou-se hipercalcemia grave (Ca corrigido 18,5 mg/dL, Ca iónico 2,4 mmol/L, PTH normal). Após exclusão de causas endócrinas e renais, a tomografia revelou uma lesão expansiva heterogénea na região glútea esquerda, suspeita de malignidade, confirmada por PET (hipermetabolismo glicolítico). Verificou-se PTHrP aumentado (4,3 pmol/L), e a biópsia confirmou carcinoma espinocelular pouco diferenciado, produtor de PTHrP. O doente foi medicado com pamidronato 90 mg e fluidoterapia, com normalização dos níveis de cálcio. Devido à doença localmente avançada e à inviabilidade de abordagem cirúrgica, após avaliação em centro de referência, foram adotados cuidados paliativos exclusivos.

A hipercalcemia associada à produção de PTHrP por carcinoma espinocelular é uma entidade rara, mas potencialmente grave. Este caso reforça a importância de uma investigação abrangente da hipercalcemia, com um diagnóstico diferencial alargado que inclua neoplasias produtoras de PTHrP. A exclusão criteriosa de causas endócrinas, renais e ósseas foi essencial para o diagnóstico e orientação terapêutica adequada.

Duas Doenças, Um Fígado: Sobreposição de Colangite Biliar Primária e Hepatite Autoimune

Madalena Martins Vale; Daniel Alves; Mariana Marques; Ana Catarina Carvoeiro; Joana Sá Couto; Diana Guerra

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, EPE / HOSPITAL DE SANTA LUZIA

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

A colangite biliar primária (CBP) e a hepatite autoimune (HAI) são doenças hepáticas crônicas de etiologia autoimune, com manifestações clínicas e laboratoriais que se podem sobrepor, dificultando o diagnóstico. A CBP caracteriza-se pela inflamação e destruição dos ductos biliares intra-hepáticos, enquanto a HAI apresenta infiltração inflamatória portal. A sobreposição entre ambas é rara, mas clinicamente relevante, exigindo uma abordagem diagnóstica e terapêutica diferenciada.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 67 anos admitida por alteração do comportamento, com alucinações visuais e auditivas e discurso desconexo há 2 dias. Referia ainda astenia, anorexia, prurido e desconforto abdominal há 2 semanas. Negava consumo de álcool ou exposição a hepatotóxicos. Analiticamente, destacou-se citocolestase (BilT/BilD: 0,76/0,35 mg/dL, FA/GGT: 140/858 UI/L, AST/ALT: 382/371 UI/L), com padrão hepatocelular (R=8), albumina normal e provas de coagulação sem alterações. A ecografia abdominal revelou hepatomegalia com esteatose difusa e vesícula distendida, alitiásica. Excluídas causas virais e doença de Wilson, o estudo autoimune mostrou anti-músculo liso positivo (1/40), com anti-LC1, anti-SLA e anti-LKM negativos. A RM hepática mostrou fígado com contornos irregulares e áreas de realce em T2, sugerindo fibrose e discreta ectasia biliar, compatível com sobreposição de CBP e HAI. A biópsia confirmou fibrose portal, infiltrado inflamatório com linfócitos, plasmócitos e eosinófilos, e ausência de ductos biliares em alguns espaços. Iniciou ácido ursodesoxicólico, com melhoria clínica (redução de astenia e prurido) e laboratorial aos 3 meses (FA/GGT: 82/32 UI/L, AST/ALT: 32/22 UI/L).

Este caso reforça a importância da suspeição clínica para a sobreposição de CBP e HAI, uma entidade rara mas clinicamente relevante. A integração de dados laboratoriais, imagiológicos e histológicos foi crucial para o diagnóstico e tratamento precoces, permitindo uma evolução favorável.

Apresentação Atípica de Neoplasia da Bexiga: Desafios Diagnósticos e Terapêuticos

Tomás Ramalho¹; Sara Maia Barbosa²; Emília Monteiro²; Teresa Souto Moura²

¹ INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA LISBOA

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

O carcinoma urotelial da bexiga associa-se frequentemente a hematúria indolor, sendo a apresentação como quadro “pseudoinfeccioso” e lesão renal aguda (LRA) rara. O caso destaca a complexidade diagnóstica perante sintomatologia urinária recidivante e a importância da suspeição oncológica em contextos atípicos.

Caso Clínico

Sexo feminino, 74 anos, antecedentes de gastrectomia parcial e tabagismo pregresso, admitida por disúria, polaquiúria, hematúria, náuseas e perda ponderal não quantificada, com dois meses de evolução. Referia dois episódios prévios assumidos como infeções do trato urinário não complicadas, sem agente isolado, medicados empiricamente, sem resolução clínica. À observação, emagrecida, com palidez mucocutânea e dor à palpação do hipogastro. Analiticamente destacava-se hiperleucocitose (120.000/ μ L), trombocitose (693.000/ μ L), LRA (creatinina 2,35mg/dL; ureia 174mg/dL), PCR 2,8mg/dL e hematúria macroscópica. Imagiologicamente apresentava lesão vesical infiltrativa com ureterohidronefrose bilateral, sugestiva de neoplasia urotelial da bexiga estadio IV. A citologia urinária foi inconclusiva. Foi submetida a nefrostomia bilateral com melhoria transitória da função renal e face ao *performance status* desfavorável, optou-se por *best supportive care* (BSC), falecendo após duas semanas de internamento.

Discussão

Este caso evidencia os desafios no diagnóstico precoce de neoplasias uroteliais quando mascaradas por “pseudoinfeções” urinárias recidivantes. A hiperleucocitose (>100.000/ μ L) revelou-se um achado paraneoplásico (reação leucemóide), enfatizando a necessidade de investigação imagiológica precoce em doentes com sintomas urinários refratários. A ausência de células atípicas na citologia urinária, comum em contexto de hematúria maciça, realça as limitações do exame e a relevância da correlação clínico-radiológica. A decisão de BSC, fundamentada pela fragilidade da doente, reflete ainda o desafio ético na gestão de neoplasias avançadas.

Abcesso Hepático por *Shewanella algae*: Um Caso Clínico Raro

Rodrigo Morgado; Josiana Oliveira Duarte; Henrique Rita; Leonor Gama; Diana Marreiros; Maria Luísa Alvarenga; Cláudia Alexandra Ribeiro

Unidade local de Saúde do Litoral alentejano, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: *Shewanella algae* (*S. Algae*) é uma bactéria Gram-negativa, encontrada predominantemente em ambientes marinhos, sendo raramente implicada em infeções humanas. No entanto, tem sido descrita como um agente oportunista em doentes imunocomprometidos ou com feridas expostas à água contaminada. A sua associação com abscessos hepáticos é extremamente rara, tornando este caso particularmente relevante para a literatura médica.

Caso Clínico: Apresentamos o caso de uma mulher de 83 anos, sem fatores epidemiológicos de relevo, que recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal em cinturão associada a febre baixa. Laboratorialmente com elevação dos parâmetros inflamatórios e dos marcadores de citocolestase.

A ecografia abdominal revelou lesão quística polilobulada no fígado, com conteúdo heterogéneo, ecos em suspensão e septos espessos. Perante este achado, foi iniciada antibioterapia empírica com piperacilina/tazobactam e metronidazol.

Após discussão multidisciplinar, realizada drenagem percutânea do abcesso para controlo do foco infeccioso e estudo microbiológico. Identificada *S. algae*, sensível à antibioterapia instituída em alta exposição. Mantida antibioterapia até à alta hospitalar, altura em que foi realizado *switch* para levofloxacina para completar 6 semanas de antibioterapia dirigida. Em posterior consulta de Medicina Interna, doente assintomática e imagiologicamente com redução das dimensões do abcesso.

Discussão: A patogénese do envolvimento hepático por *S. algae* não está completamente esclarecida, mas pode estar relacionada com a translocação bacteriana a partir do trato gastrointestinal ou com disseminação hematogénica a partir de um foco primário de infeção. No presente caso, não foram identificados fatores predisponentes óbvios, o que reforça a raridade da apresentação. Este caso sublinha a importância do estudo microbiológico, permitindo a identificação de agentes atípicos e a escolha de antibiótico dirigido. Além disso, evidencia a necessidade de considerar *S. algae* como um potencial agente etiológico, mesmo em doentes sem exposição conhecida a ambientes aquáticos. A sensibilização para este agente pode contribuir para um diagnóstico mais rápido e uma abordagem terapêutica mais eficaz em futuras ocorrências.

Púrpura trombocitopénica imune refratária: Eltrombopag como o futuro do tratamento?

Filipa Pacharo Nogueira; Gil Magalhães; Inês Leão; João Pedro Moreira; Maria Inês Pinto; Joana Vaz Cunha; Fernando Salvador

CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, EPE / HOSPITAL DE VILA REAL

Tema: Doenças hematológicas

A púrpura trombocitopénica imune é uma doença autoimune que cursa com destruição plaquetária mediada por anticorpos. A fisiopatologia é complexa e não completamente esclarecida. Este é um diagnóstico de exclusão e a recuperação, no adulto, implica obrigatoriamente instituição terapêutica.

Mulher, 76 anos, encaminhada ao Serviço de Urgência devido a trombocitopenia grave. Objetivamente, presença de equimoses dispersas. Analiticamente, trombocitopenia com anisocitose plaquetária, velocidade de sedimentação elevada, anticorpos anti-nucleares 1:320 padrão mosqueado fino e infeção ativa por parvovírus B19. Iniciada terapêutica com prednisolona na dose de 1mg/kg com parca elevação plaquetária. Caso clínico discutido com Hematologia Clínica que sugeriu terapêutica com imunoglobulina endovenosa na dose de 400mg/kg/dia durante 5 dias. Inicialmente, elevação ligeira da contagem plaquetária à qual sucedeu diminuição abrupta do seu valor. Analiticamente, sem critérios de hemólise intravascular ou microangiopatia trombótica. Biópsia de medula óssea sem evidência de megacariócitos e a descartar anemia aplástica. Imunofenotipagem de sangue periférico sem evidência de síndrome mielodisplásica ou linfoproliferativa. Anticorpos anti-plaquetares negativos. Ecografia abdominal e tomografia computadorizada (TC) toracoabdominopélvica a revelar ligeira esplenomegalia. Após nova discussão multidisciplinar, manutenção de terapêutica com corticoide e introdução de eltrombopag 50mg. Do ponto de vista analítico, elevação progressiva da contagem plaquetária. Alta clínica após 31 dias de internamento.

Este caso retrata a preponderância de uma marcha diagnóstica completa perante a evidência de uma trombocitopenia isolada, apenas, assim, conseguiremos confirmar aquele que se trata de um diagnóstico de exclusão. A estratégia terapêutica deve ser individualizada atendendo à evolução clínica e analítica. O desenvolvimento de novos fármacos permite protelar a necessidade de intervenções mais invasivas.

Doenças Autoimunes Multissistêmicas: Um Caso de Anemia Megaloblástica e Derrame Pleural Bilateral

Tomás Ramalho¹; Ana Filipa Bolas²; Sara Maia Barbosa²; Teresa Souto Moura²

¹ INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA LISBOA

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A anemia megaloblástica por défice de vitamina B12 associada a doenças autoimunes é uma condição rara. Este caso destaca a apresentação simultânea de anemia perniciosa e tiroidite de *Hashimoto*, sublinhando a importância do diagnóstico diferencial etiológico da anemia grave.

Caso Clínico

Sexo masculino, 59 anos, sem-abrigo, aparentemente saudável, admitido por quadro com semanas de evolução de cansaço fácil, confusão, perda ponderal, vômitos, diarreia, dor abdominal difusa e edema facial e dos membros inferiores. Analiticamente apresentava anemia macrocítica hiperocrômica (Hb 6,2g/dL, VGM 120fL, RDW 31,8%), trombocitopenia (63.000/ μ L), elevação de LDH (7887U/L), haptoglobina indoseável, défice grave de folato e vitamina B12, com teste de Coombs (anti-globulina) direto fracamente positivo, sugerindo anemia hemolítica autoimune transitória (exaustão medular). Imagiologicamente apresentava derrame pleural bilateral (mais significativo à direita) e sinais sugestivos de pneumonia do lobo médio. O estudo autoimune identificou anticorpos anti-células parietais (anemia perniciosa), anti-tiroperoxidase e anti-tiroglobulina (tiroidite de *Hashimoto*). Iniciou terapêutica com cianocobalamina intramuscular, folato e levotiroxina oral e antibióterapia empírica, com recuperação hematológica gradual e resolução sintomática e do derrame pleural. Foi excluída neoplasia sólida ativa.

Discussão

Este caso realça a importância da investigação sistemática em doentes com anemia megaloblástica grave, ilustrando como os défices nutricionais, a destruição autoimune e a disfunção tiroideia agravaram sinergicamente a anemia. A coexistência de anemia perniciosa e tiroidite de *Hashimoto* reforça a necessidade de rastreio de outras patologias autoimunes aquando de um primeiro diagnóstico deste autoimunidade. A resposta favorável à terapêutica dirigida confirma a importância do diagnóstico preciso e suplementação precoce.

Infeção Recorrente por *Clostridium difficile* num Doente com Cirurgia Hepato-Biliar Complexa

Rodrigo Morgado; Josiana Oliveira Duarte; Henrique Rita; Filipe Dias; Pedro Laranjo; Mónica Ferro Silva; Inês Gomes Madeira; Maria Luísa Alvarenga

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO LITORAL ALENTEJANO, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A infeção por *Clostridium difficile* (*C. difficile*) é uma das principais causas de diarreia associada a antibióticos e um desafio crescente na prática clínica. Uma percentagem significativa de doentes desenvolve formas refratárias, exigindo abordagens terapêuticas alternativas.

Caso Clínico

Apresentamos o caso de um homem de 75 anos, pluripatológico. Em 2023, submetido a duodenopancreatectomia cefálica de Whipple na sequência de um adenoma ampular. O pós-operatório foi complicado por fístula pancreática, levando a antibioterapia empírica com piperacilina/tazobactam. Foi isolado *Enterobacter cloacae* em coleção intra-abdominal, sendo ajustado para trimetoprim-sulfametoxazol (TMP-SMX) e devido ao agravamento clínico posterior para meropenem.

Um mês depois reiniciado TMP-SMX por presença de conteúdo purulento no dreno e após mais 1 mês foi internado por choque séptico abdominal. Cumpriu 5 dias meropenem. Por isolamento de *Clostridium perfringens* em hemoculturas e *C. difficile* (A e B) na coprocultura cumpriu vancomicina e metronidazol durante 20 dias.

Nos meses seguintes, houve recorrência de infeção por *C. difficile*, manifestada por diarreia com 3 internamentos consecutivos. Cumpriu nos vários internamentos 10 dias de fidaxomicina, 10 dias de vancomicina e 10 dias de metronidazol e vancomicina.

Ao 4º internamento realizado um regime prolongado de fidaxomicina. Dada a recorrência, o caso foi discutido multidisciplinarmente. Foi proposta a realização de transplante de microbiota fecal (TMF) e a administração de bezlotoxumab, um anticorpo monoclonal contra a toxina B de *C. difficile*.

Discussão

Este caso destaca os desafios da infeção recorrente por *C. difficile*, sobretudo em doentes com múltiplas comorbilidades e exposições frequentes a antibióticos. A falência da terapêutica convencional reforça a necessidade de estratégias individualizadas, incluindo TMF e bezlotoxumab. O reconhecimento precoce e a abordagem multidisciplinar são fundamentais para otimizar os resultados clínicos e reduzir a morbilidade.

TINU Syndrome e “Serendipity”

Paula Matias; Mariana Pedrosa; Francisco Jorge Melo; Ana Paula Martins; Catarina B. Oliveira; David Alves; José Pestana Ferreira; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças raras

Num doente c/ idade avançada e doença renal aguda de causa intrínseca as hipóteses etiológicas são várias, algumas das quais raras, mas que poderão ter tratamento dirigido.

Homem, 69 anos, c/ comorbilidades conhecidas de hipertensão arterial, diabetes Mellitus tipo 2 e dislipidemia, medicado c/ Losartan/Hidroclorotiazida, metformina/dapagliflozina e atorvastatina. Referia 3 meses de evolução de perda ponderal não intencional (~10Kg), astenia e anorexia. No estudo pedido pelo médico assistente c/ anemia normocítica normocrômica (hemoglobina 10g/dL era 15g/dL 6 meses antes), elevação da velocidade de sedimentação 132mm/1^ah, da proteína C reativa 53mg/dL e da creatinina plasmática 3.9 mg/dL (1.0 mg/dL 6 meses antes) c/ ureia 84 mg/dL. Estudo endoscópico do tubo digestivo (alto e baixo) assim como tomografia axial computadorizada toraco-abdomino-pélvica s/ alterações. Orientado para este hospital para estudo complementar, negada febre ou queixas do foro cardiovascular, respiratório, gastrointestinal, genitourinário, alterações cutâneas ou oculares, toma de anti-inflamatórios não esteróides ou outros fármacos, produtos de herbanária ou drogas. S/ infeções recentes, viagens ou conviventes doentes. No exame objetivo s/ alterações. Analiticamente sobreponível, s/ acidemia metabólica. Ecografia renal s/ uropatia obstrutiva, rins normodimensionados. Sumário de urina s/ leucoeritrocitúria, c/ rácio albumina/creatinina 85mg/g, rácio proteínas/creatinina 1000mg/g. S/ oligoanúria. Estudo auto-imune e proteinograma s/ alterações. Razão cadeias leves kapa/lambda normal. No 2º dia de internamento c/ olho vermelho doloroso à direita, observado por oftalmologia confirmando-se uveíte anterior. Biópsia renal compatível c/ nefrite tubulo-intersticial aguda. Iniciou corticoterapia sistémica (prednisolona 1mg/Kg/dia) e ocular tópica c/ evolução favorável.

A Síndrome TINU (*tubulointerstitial nephritis and uveitis*), é uma doença multissistémica rara de etiologia imune, desencadeada por estímulo ambiental, fármacos ou infeções, descrita sobretudo em mulheres jovens ou adolescentes. É necessário um elevado índice de suspeição, bem como uma relação temporal adequada entre o aparecimento de uveíte e nefrite. Com terapêutica c/ corticoterapia a evolução clínica e remissão são variáveis.

Rabdomiolise induzida por exercício: Sera esta a unica causa?

Inês Pinho Ferreira; Francisca Delerue; Elena Pirtac; Andrea Naddaf; Rute Mendes

HOSPITAL GARCIA DE ORTA, EPE

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A rabdomiólise induzida pelo exercício é comum mas que pelo potencial de gravidade torna importante o seu diagnóstico de modo a evitar possíveis complicações inclusive progressão para insuficiência renal aguda (IRA) oligúrica e a necessidade de diálise que se associa a morbilidade e custos elevados.

Caso Clínico

Homem de 35 anos, autónomo, saudável, negava medicação habitual. Recorreu ao Serviço de Urgência por mialgias generalizadas e colúria com seis dias de evolução após prática de exercício físico extenuante no ginásio durante duas horas, fora do habitual. Negava hidratação adequada. Referia exercício físico regular com corrida. Negava toma de anabólicos injetáveis, chás e substâncias de abuso. Objetivamente, sem alterações. Analiticamente: rabdomiólise grave com lesão renal aguda e citólise hepática grave. Eletrocardiograma: aumento da amplitude QRS nas derivações inferiores e precordiais anteriores.

Doente internado para tratamento e vigilância. À entrada foi realizada anamnese minuciosa, pelo que se apurou que o doente, devido a insónia secundária a problemas pessoais (após término de relação), automedicou-se com três comprimidos recomendados por um amigo. Refere ter iniciado colúria assim que iniciou este suplemento. Manteve hidratação IV com redução progressiva da CK e normalização da função hepática. Realizou estudo com ecografia abdominal, serologia hepática, autoimunidade (incluindo IgG4), tóxicos na urina, que não apresentaram alterações.

O doente teve alta com reavaliação em consulta, onde se verificou melhoria clínica e analítica.

Conclusão

O caso clínico é um bom exemplo de como uma anamnese completa constitui um alicerce para uma prática médica correta. Desta forma, impede-se novos episódios futuros de rabdomiólise por evicção da sua causa. É importante relembrar a natureza muitas vezes multifatorial desta entidade clínica, que pode levar a complicações com risco de vida.

Da Mordida ao Estômago: Uma Complicação Rara de uma Infecção Negligenciada

Maria Santos Fialho; Margarida Jacinto; Filipe Alfaiate; Flávio Quadrado

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALENTEJO CENTRAL

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

As mordeduras de cães são frequentes e podem originar infeções graves se não forem tratadas. O *Streptococcus pyogenes* (SP) é um patógeno invasivo associado a diversas complicações sistémicas. Porém, a sua relação com infeções gastrointestinais raramente é descrita. Apresentamos um caso invulgar de bacteriemia por SP, complicada por fleimão gástrico, após uma mordedura de cão, sem profilaxia antibiótica.

Caso Clínico

Homem de 74 anos trabalhador rural, recorre à urgência por dor abdominal epigástrica (10/10), com 24h de evolução, associada a vômitos (pós-prandiais, sem sangue) e pico febril isolado. Com história de mordedura de cão no joelho, que não valorizou e não cumpriu profilaxia prescrita pelo seu médico assistente.

Ao **exame objetivo**: apirexia, perfil normotenso e taquicárdico, com sudorese, abdómen globoso, com dor intensa epigástrica tanto à palpação superficial/profunda como à descompressão. Ferida no joelho direito em fase de cicatrização, sem exsudado purulento. Analiticamente sem leucocitose, PCR elevada e PCT elevada, com acidemia metabólica com hiperlactacidemia. Na TAC-TAP: espessamento parietal suspeito de atipia gástrica. Após rastreio cultural iniciou antibioterapia empírica, porém com evolução negativa para choque séptico com disfunção multi-orgânica com necessidade de internamento em Cuidados Intensivos (UCI). Na UCI, com necessidade de VMI, terapêutica de substituição renal, miocardiopatia séptica, pancitopenia e hemoculturas com SP. A endoscopia afastou a hipótese de atipia e confirmou gastrite fleimonosa. O doente evoluiu lenta mas favoravelmente.

Discussão

A ausência de profilaxia antibiótica após mordeduras pode resultar em infeções graves. Este caso reforça a importância da avaliação precoce e do reconhecimento de patógenos invasivos como SP, alertando para o fleimão gástrico como uma manifestação rara de bacteriemia. A profilaxia antibiótica criteriosa pode prevenir complicações potencialmente fatais.

Hipotensão Intracraniana Espontânea: uma Etiologia Rara de Hemorragia Subaracnoideia

Eduarda Moniz; Cláudia Sousa; Carolina Olim; Hugo Dória; Carolina Barros; Tiago Freitas; Duarte Noronha; Pedro Freitas; Lino Nóbrega; Mariana Martins; Luís Santos; Patrício Freitas

SESARAM EPERAM

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A hemorragia subaracnoideia (HSA) é uma complicação rara da hipotensão intracraniana espontânea (HIE), sendo que o mecanismo fisiopatológico subjacente entre estas duas condições ainda não é completamente compreendido.

Mulher de 49 anos, previamente saudável, recorreu ao serviço de urgência com cefaleia fronto-occipital bilateral, com agravamento progressivo ao longo de cinco dias, associada a cervicalgia, náuseas, fotofobia e fonofobia. A cefaleia era refratária à analgesia e apresentava alívio com o decúbito. A tomografia computadorizada (TC) revelou uma HSA ligeira na cisterna de Sylvius direita. A doente foi internada para monitorização e investigação etiológica. Foi medicada com nimodipina, soro fisiológico isotónico e analgesia. A cefaleia foi eficazmente controlada. Realizou ecodoppler transcraniano que não mostrou vasospasmo. Realizou angio-TC e angiografia por subtração digital que não evidenciaram alterações significativas. A ressonância magnética (RM) cerebral demonstrou achados compatíveis com HIE.

Este caso clínico destaca a importância da investigação de HIE em doentes com HSA não aneurismática, especialmente na presença de cefaleia com agravamento ortostático.

Vírus Varicela-Zóster no adulto jovem: relato de caso

Catarina Joana Azevedo; Marta Barrigas Santos; Daniela Pinheiro; Monique Alves; Rita Magalhães; Beatriz Exposito; Fernando Salvador

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

O vírus varicela-zóster (VVZ) é uma doença autolimitada, altamente contagiosa com dupla apresentação clínica , a varicela e o herpes zóster. Nas populações de alto risco, onde estão incluídos os doentes imunocomprometidos a infeção pode estar associada a uma morbilidade e mortalidade considerável. É considerado caso confirmado de infeção quando há critério clínico compatível e isolamento cultural do VVZ na amostra.

Os autores apresentam um caso de um doente do sexo masculino, 19 anos, autónomo. Admitido no Serviço de Urgência (SU) por apresentar febre com cerca de 2 dias de evolução e vesículas eritematosas dispersas por todo o corpo.

Como antecedentes pessoais: submetido a alotransplante por síndrome mielodisplásico no ano de 2011. Doença do Enxerto Contra Hospedeiro sob imunossupressão desde 2013. Medicado com aciclovir 400mg id, prednisolona 5mg em dias alternados, sirolimus 1mg dia e tacrolimus 0.5mg dia.

Ao exame objetivo: Eupneico em repouso. AC: S1 e S2 presentes, rítmicos. Sem sopros audíveis. AP: murmúrio vesicular presente em todo o campo pulmonar. Sibilância dispersa.

Orofaringe - evidencia de adenopatias faríngeas com exsudado purulento, lábios com lesões eritematosas. Evidencia de eritema multiforme que atinge face, couro cabeludo, pavilhões auriculares, tronco, membros superiores. Apresenta vesículas eritematosas no canal auditivo externo direito.

Apresenta-se hemodinamicamente estável com PA 141/75 mmHg, FC 80 bpm, SatO2 95%, Tª 38.9°C.

Do estudo complementar: Estudo analítico: Leucocitose ($11,4 \times 10^3$ /uL), PCR 12,28 mg/dL. Teste rápido mononucleose infecciosa: negativo. Biologia molecular varicela zóster: positivo.

Realizado TAC cervical para exclusão de abscesso: “ não se registando no estudo atual coleções nomeadamente suspeitas de abscesso periamigdalino ou retrofaríngeo.” Assumida infeção por VVZ.

Admitido a internamento para tratamento com aciclovir para dose de adulto 10mg/Kg 8/8h e clindamicina 600 mg 8/8h.

Este caso revela-se importante uma vez que as complicações infecciosas pós alotransplante são frequentes e devemos saber como tratar o mais precocemente possível. Assim, na fase tardia é frequente o desenvolvimento de infeção por VVZ que devemos ter em mente e fazer um diagnóstico preciso e antecipado.

Espondilodiscite Brucélica Crónica: Quando o tratamento se torna um novo desafio

Marta Anastácio¹; Guilherme Miranda²; Hugo Félix³; Maria Ana Flores³; Marta Roldão¹; Margarida Ribeiro¹; Francisca Dâmaso¹; Inês Bento Andrade¹; Francisca Lourenço Ramos¹; João Oliveira¹; Sérgio Paulo³; Ana Lynce¹; Cândida Fonseca¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LISBOA OCIDENTAL

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA LEZÍRIA

³ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A Brucelose, quando não tratada, pode evoluir para cronicidade com sintomas recorrentes e atingimento multiorgânico. O diagnóstico precoce é fundamental para controlar e tratar a doença. A Espondilodiscite Brucélica (EDB) é uma complicação grave desta zoonose.

Caso Clínico

Mulher de 64 anos, saudável. Queixas de febre recorrente e lombalgia desde há 2 anos, tendo realizado tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RMN) que confirmaram Espondilodiscite (ED) em L4-L5. Internada para estudo etiológico, realização de antibioterapia (ABT) empírica após colheitas, cumprindo 11 dias de Ceftriaxone e 6 dias de Flucloxacilina. O rastreio microbiológico foi negativo. Submetida a Foraminotomia com discectomia de L4-L5, com cultura de biópsia intra-operatória negativa. Alta com resolução das queixas e indicação para ciclo de 10 semanas de Cefixima. Recidiva da lombalgia após 9 meses. Repetiu RMN com persistência de infeção e abcedação no músculo psoas direito. Estudo complementar com serologias para *Brucella* (IgG positivo 7.961 U/mL; IgM negativo), teste de Huddleson (TH) e Rosa Bengala (RB) negativos. Internada na Infeciologia para novo estudo e ABT empírica tripla (Doxiciclina, Rifampicina, Gentamicina). Repetição de serologias com TH (título 1/320) e RB positivos. Nova cultura de biópsia guiada por TC. Assumida EDB Crónica. Verificada melhoria da lombalgia e descida de parâmetros inflamatórios. Ao 13º dia de ABT: náuseas, vômitos, vertigem e desequilíbrio para a direita sem melhoria com tratamento sintomático. Observada pela Otorrinolaringologia com diagnóstico de Hipofunção vestibular unilateral direita por ototoxicidade à Gentamicina. Suspendeu fármaco, iniciou Prednisolona 1mg/kg e fez reabilitação vestibular. Alta ao 21º dia, mantendo desequilíbrio, sem marcha autónoma, com indicação para manter reabilitação vestibular e ABT dupla (Doxiciclina e Rifampicina) até completar 6 meses.

Discussão

Este caso destaca uma complicação incomum e de difícil diagnóstico da Brucelose crónica, a considerar perante clínica insidiosa e febre recorrente. Enfatiza a necessidade de monitorização rigorosa de efeitos colaterais dos aminoglicosídeos, dose e tempo dependentes, muitas vezes esquecidos e irreversíveis, com impacto na funcionalidade e qualidade de vida dos doentes.

“Quando a Febre Não Cede: Um Mistério Hepático”

Mafalda Hipólito Reis; Lumira Marques; Stella Cortes Verdasca; Tereza Veloso

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALENTEJO CENTRAL

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Introdução

O abscesso hepático piogénico é uma patologia grave, de apresentação clínica variável, frequentemente associada a bacteremia e sépsis. Este caso ilustra um diagnóstico diferencial desafiante de febre vespertina prolongada e destaca a importância da abordagem multidisciplinar no diagnóstico e tratamento.

Caso clínico

Homem de 76 anos, autónomo, com antecedentes de hipertensão arterial, doença pulmonar obstrutiva crónica e doença coronária, recorreu ao Serviço de Urgência por febre vespertina persistente há 15 dias, sem foco identificado. Negava sintomas respiratórios, urinários ou neurológicos relevantes, exceto um episódio autolimitado de diarreia no início do quadro. Ao exame objetivo, apresentava febre (38,8°C), sem outras alterações sistémicas. Analiticamente, leucocitose (13.000/ μ L), PCR elevada (27,7mg/dL), sem disfunção hepática ou renal significativa. A tomografia toraco-abdomino-pélvica revelou lesão multiloculada de 8cm no lobo hepático direito, sugestiva de abscesso. Foi pedida Ressonância Magnética abdominal e foi excluída a presença de vegetações ou outros sinais sugestivos de infeção no ecocardiograma transtorácico. Iniciou antibioterapia empírica com Piperacilina-Tazobactam, escalada para Meropenem e Metronidazol por persistência de febre, dispneia e hipotensão. Foi contactada a Unidade de Radiologia de Intervenção para ser submetido a drenagem percutânea do abscesso, com saída de 35cc de conteúdo hemato-purulento. Isolada *Salmonella enterica* spp sensível a Ceftriaxone que o doente cumpriu em internamento com a Hospitalização domiciliária durante 4-6 semanas de acordo com evolução clínica e imagiológica.

Discussão

O abscesso hepático piogénico pode ter uma apresentação insidiosa, exigindo alto índice de suspeição. A febre prolongada, sem foco evidente, deve motivar investigação imagiológica. A drenagem percutânea aliada a antibioterapia dirigida são pilares terapêuticos fundamentais. A colaboração multidisciplinar e o seguimento adequado são essenciais para otimizar prognóstico e reduzir complicações.

Da sombra à luz - da perspectiva do acidente vascular cerebral à revelação do empiema subdural

João Gouveia; Alexandra Rodrigues; Duarte André Ferreira; Dina Santos; Teresa Faria

HOSPITAL DR. NÉLIO MENDONÇA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

O empiema subdural é uma colecção purulenta compreendida entre a dura-máter e a membrana aracnóide. Ocorre mais frequentemente por extensão directa de uma infeção local e constitui cerca de 13 a 23% de todas as infecções intracranianas. Contudo, o empiema subdural espontâneo trata-se de uma entidade rara.

Caso clínico

Doente do sexo feminino de 76 anos, previamente autónoma nas actividades de vida diária, apresenta-se com quadro de cefaleias holocranianas de intensidade moderada a severa e diminuição da força muscular do membro superior direito de evolução aguda, associado a febre, vómitos e mal-estar generalizado. Sem história de trauma ou cirurgia recente. Com história médica conhecida de hipertensão arterial e dislipidemia. Ao exame objectivo: com Glasgow Coma Scale 9 e aparente neglect à direita. A tomografia computadorizada (TC) cerebral mostrou enfartes lacunares hemisféricos cerebelosos à direita e a presença de colecções subdurais, frontal esquerda com cerca de 5mm de espessura e temporal direita com 6mm de espessura, determinando moldagem dos sulcos corticais regionais.

O estudo analítico mostrou leucocitose com neutrofilia e proteína C reactiva elevada (398mg/dL). A punção lombar documentou 79 células, mononucleares, glicose 85 e proteínas 68.5 no líquido céfalo-raquidiano (LCR). A ressonância magnética do crânio mostrou empiema subdural bilateral, pequenos abscessos frontais à direita, ventriculite e leptomeningite difusa. Foi realizada drenagem cirúrgica do empiema, sem isolamento de agente.

Com melhoria clínica progressiva ao longo do internamento e após o cumprimento de inúmeros ciclos de antibioterapia empírica.

Discussão

Reportamos o caso de uma doente com empiema subdural espontâneo. A apresentação é tipicamente subaguda, caracterizada por alteração do estado de consciência, cefaleias e vómitos, mas em alguns casos a apresentação pode ser mais aguda. As alterações laboratoriais mais frequentes incluem leucocitose e elevação marcada das proteínas de fase aguda. O empiema subdural apresenta uma taxa de mortalidade elevada e está associado a sequelas neurológicas severas. A abordagem terapêutica requer uma avaliação global com ponderação dos riscos e benefícios.

Listeriose Invasiva, a propósito de um caso clínico

Carolina Morgado; Carla Carneiro; Margarida Resendes; Rita Figueira; Susana Cavadas

CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA / HOSPITAL INFANTE D. PEDRO, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

As infeções por *Listeria monocytogenes* são raras na população geral, afetando 0.1 a 1 pessoa em cada 1 milhão, por ano. A sua transmissão ocorre, geralmente, por ingestão de alimentos contaminados.

Caso Clínico

Homem de 78 anos, com antecedentes de cirrose hepática por hepatite autoimune, doença de Crohn, enfisema pulmonar e adenocarcinoma gástrico de diagnóstico recente; sob corticoterapia crónica e sulfassalazina. Recorreu ao SU por mal-estar generalizado e diarreia com 7 dias de evolução complicada de dispneia, tosse produtiva e febre nos três dias anteriores. À admissão, encontrava-se febril e taquicárdico; com crepitações e roncos na base pulmonar direita e com dor à palpação profunda de todo o abdómen, sem defesa. Analiticamente, a destacar anemia (Hb 8.2g/dL) e PCR 18 mg/dL; insuficiência respiratória hipoxémica com pO₂ de 49 mmHg e pCO₂ de 38 mmHg. Radiograficamente com hipotransparência na base direita compatível com foco pneumónico. Iniciou amoxicilina-clavulanato e azitromicina, assumindo-se diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade.

Por agravamento do estado geral e manutenção de febre, colheu hemoculturas no 3º dia de antibioterapia, sendo escalada terapêutica para piperacilina-tazobactam, que cumpriu durante dois dias, sem resposta clínica significativa, altura em que se isola *Listeria monocytogenes* em hemoculturas, pelo que iniciou ampicilina e gentamicina.

Apesar da terapêutica instituída, manteve evolução clínica desfavorável, acabando por falecer.

Conclusão

A doença invasiva por *Listeria monocytogenes* define-se como o seu isolamento para além do trato gastrointestinal, ocorrendo principalmente em grupos mais vulneráveis como grávidas, imunodeprimidos, idosos e recém-nascidos. A listeriose é uma doença de notificação obrigatória, apresentando uma das taxas de mortalidade mais elevadas entre estes grupos de doenças.

Quando a Infecção Encontra a Falciformização: Um Caso Grave de Artrite Sética por *Salmonella*

**Teresa Costa e Silva¹; Inês de Sousa Martins²; Hugo Jorge Alves¹; João Horta Antunes¹;
Sara Frazão de Brito¹; Carlos Simões Pereira¹; Bárbara Picado¹**

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO OESTE, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A drepanocitose, caracterizada por asplenia funcional, induz suscetibilidade a infeções por bactérias encapsuladas como a *Salmonella*.

Apresenta-se um homem de 19 anos, com drepanocitose, que recorreu ao Serviço de Urgência por dor na coxa direita e febre. Na observação, icterício, pressão arterial 118/66mmHg, frequência cardíaca 89bpm, temperatura timpânica 38,5°C, coxa com sinais inflamatórios e em flexão como posição antiálgica. Realizou artrocentese que revelou leucócitos 120.022/ μ L (predomínio de polimorfonucleares), aumento de proteínas e consumo de glicose. Analiticamente, hemoglobina (Hb) 7,9 g/dL, HbS 64,3%, bilirrubina total (BT) 10,6 mg/dL e direta (BD) 7,61 mg/dL, leucócitos 13.000/ μ L, proteína C reativa (PCR) 170 mg/L e procalcitonina 5 ng/mL.

Diagnóstico de artrite séptica coxo-femoral direita, submetida a drenagem cirúrgica. Iniciou flucloxacilina empírica alterada para ciprofloxacina após isolamento de *Salmonella* grupo C1 no líquido articular e hemoculturas. Inicialmente, evolução favorável, porém, agravamento subsequente com lombalgia e coxalgia intensas, febre, e edema tenso da coxa e queda de Hb (6,1 g/dL), aumento dos parâmetros inflamatórios (PCR 343 mg/L) e disfunção hepatocelular (BT 11,6 mg/dL, BD 8,13 mg/dL, aspartato aminotransferase 102 UI/L, alanina aminotransferase 42 UI/L, γ -glutamyl transferase 270 UI/L, fosfatase alcalina 468 UI/L, lactato desidrogenase 1694 UI/L). Fez ressonância magnética da coluna com múltiplos enfartes ósseos e coxofemoral direita com edema muscular, sugerindo miosite infecciosa. Foi reoperado, evidenciando-se hematoma extenso, músculos do compartimento anterior nacarados e cápsula articular aberta, tendo sido realizada fasciotomia profilática. No internamento, dor de difícil controlo, melhorada com analgesia multimodal e reabilitação. Tomografia computadorizada de reavaliação com sequelas de artrite séptica, redução da interlinha coxo-femoral e irregularidade óssea. Teve alta ao 42º dia com melhora algica e indicação para ciprofloxacina por pelo menos 6 meses como terapêutica de supressão.

Este caso salienta a importância de um diagnóstico precoce, intervenção cirúrgica adequada e terapia antimicrobiana dirigida, além de uma abordagem multidisciplinar no sentido de minimizar sequelas funcionais significativas.

PTI refratário em hospital periférico

Margarida Santos; Pedro Laranjo; Valentyn Roschkulets; Alexey Shigaev; Henrique Rita

HOSPITAL LITORAL ALENTEJANO

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

Púrpura trombocitopénica imune (PTI) é uma doença autoimune caracterizada pela destruição acelerada de plaquetas, resultando em risco hemorrágico aumentado. Apesar de grande parte dos casos ser responsivo a terapêutica de primeira linha como corticoterapia e imunoglobulina ev (Ig EV), uma percentagem desconhecida de doentes apresenta PTI refratária. Além da produção de autoanticorpos antiplaquetários, a PTI refratária envolve também uma disfunção dos linfócitos T reguladores e a presença de anticorpos anti-megacariócitos medulares.

Caso Clínico

Mulher de 68 anos, autónoma, sem antecedentes relevantes. Admitida na urgência após uma viagem, com hematomas dispersos e gengivorragia. Analiticamente com trombocitopénia grave (4 000/ μ L plaquetas) tendo realizado concentrado de plaquetas, imunoglobulina intravenosa (Ig IV) 1 g/kg e dexametasona 40 mg/dia. Observou-se melhoria analítica inicial, seguida de novo agravamento exigindo manutenção de corticoterapia e Ig IV 0,5 g/kg.

Evolução negativa com início de quadro de hematúria, gengivorragia espontânea, aumento de petéquias, hematomas nos membros, tronco e couro cabeludo, e posteriormente hemorragia conjuntival, com trombocitopénia em agravamento (2 000/ μ L plaquetas). Ecografia abdominal com hepatomegália e esteatose, sem esplenomegália. Estudo autoimune e serologias virais negativos.

Iniciada ciclosporina e administrados concentrados de plaquetas, sem resposta clínica. Mielograma com megacariócitos em vários estadios maturativos.

Face à instabilidade clínica persistente, a doente foi transferida para um hospital com Hematologia, onde se iniciou tratamento com Rituximab, com resposta limitada (manteve trombocitopénia 10 000/ μ L, hematúria e retorragias ocasionais).

Discussão

O caso descreve PTI com refratariedade às terapêuticas de primeira e segunda linha, o que indica um mecanismo resistente à imunossupressão convencional, exigindo alternativas terapêuticas como agonistas do recetor da trombopoietina, transplante autólogo de células estaminais hematopoiéticas ou esplenectomia.

A complexidade do quadro num hospital periférico, com limitação de recursos especializados, justificou a transferência para uma unidade de Hematologia para otimização terapêutica e melhoria do prognóstico.

Muito mais do que um derrame pleural

Rita Figueira; Andreia Andrade; Alexandre Castro Lopes; Ana Oliveira; Carolina Morgado; Jéssica Krowicki; Valter Duarte; Bruna Nascimento

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa provocada pelo *Mycobacterium tuberculosis complex*. A clínica é heterogénea, dependendo dos órgãos afetados. A TB disseminada (10% dos casos) caracteriza-se pelo atingimento de dois ou mais órgãos não contíguos. Existem raros casos descritos associados à terapêutica com bacilo de Calmette-Guérin (BCG).

Caso clínico

Homem, 63 anos, ucraniano, antecedentes de carcinoma urotelial submetido a BCG intravesical e etilismo crónico. Admitido por febre, anorexia e perda ponderal. Analiticamente com anemia normocítica e elevação ligeira dos parâmetros inflamatórios. Em raio-x tórax com derrame pleural com características de exsudado. Internado em enfermaria de Medicina Interna para estudo complementar. Pelo quadro constitucional realizou TC TAP a revelar espessamento difuso do cego e válvula ileocecal. Iniciou quadro de hematoquézias com queda de hemoglobina e necessidade transfusional. Realizou colonoscopia que revelou coágulo na válvula e úlcera sangrante no íleo terminal com colocação de clips, não tendo sido possível realizar biópsia. Realizou broncofibroscopia e biópsias pleurais percutâneas em colaboração com Pneumologia. Foi isolado *Mycobacterium Tuberculosis* por PCR no lavado broncoalveolar, no aspirado traqueobrônquico e no líquido pleural. Isolamento do mesmo agente no exame bacteriológico das biópsias pleurais. Assumida tuberculose disseminada, dado o envolvimento pulmonar, pleural e intestinal, tendo iniciado tratamento com antibacilares. Seguimento no centro de diagnóstico pneumológico e consulta de Gastroenterologia.

Discussão

Trata-se de um caso de tuberculose disseminada. A apresentação inicial era inespecífica, destacando a importância de reconhecer formas raras da doença, que obriga a uma abordagem abrangente. Salienta-se o antecedente de terapêutica com BCG intravesical que tem sido associado a quadros de tuberculose, constituindo um possível fator de risco menos comum, mas a ser considerado.

A matter of a broken heart: Takotsubo cardiomyopathy induced by *H. influenzae* sepsis

Ana Cordeiro Gomes; Barbara Passos; Ana Oliveira Monteiro; Jorge Almeida

CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

Introduction

Takotsubo cardiomyopathy is characterized by a transient systolic dysfunction, mostly of the left ventricle that mimics myocardial infarction, but in the absence of obstructive artery disease or acute plaque rupture. The pathogenesis of this cardiomyopathy is not fully understood but several triggers have been identified, namely, acute respiratory failure, infection or even grief/anxiety.

Clinical case

A 62-year-old man with chronic obstructive pulmonary disease and lung cancer presented to emergency room with *Haemophilus influenzae*-induced sepsis. He was placed on mechanic ventilation due to unresponsive respiratory failure and admitted to the ICU. On the first day at the ICU, biventricular dysfunction with hypokinesis of septal and basal segments, elevation of Troponin I and NTproBNP, left anterior fascicular block, ST segment depression and T wave inversion on leads V1-V5 on EKG. He required norepinephrine infusion to maintain MAP > 65 mmHg for 48 hours. He responded well to empiric antibiotic treatment and was hemodynamically stable thereafter, being transferred to Internal Medicine ward 10 days later. Upon reevaluation by transthoracic echocardiography and EKG, the cardiac alterations were reversed.

Discussion

Takotsubo cardiomyopathy has been associated with respiratory diseases, namely chronic obstructive pulmonary disorder and pneumonia caused by Influenza A, COVID-19, *Legionella pneumophila*, *Streptococcus*, and *Pseudomonas aeruginosa*. Here, we report a case of sepsis by *H. pneumophila*-induced Takotsubo cardiomyopathy in a patient with predisposing triggers – chronic obstructive lung disorder and lung adenocarcinoma. The concurrently diagnosis of Takotsubo cardiomyopathy can be challenging and usually lead to increased mortality. The pathophysiologic mechanisms leading to Takotsubo in patients with sepsis and structural lung disease are not fully understood. Further studies are required to investigate the underlying mechanisms.

Linfohistiocitose Hemofagocítica secundária: um desafio diagnóstico

Rita Figueira; Alexandre Castro Lopes; Ana Oliveira; Carolina Morgado; Gisela Gonçalves; Jéssica Krowicki; Joana Melo; Valter Duarte; Bruna Nascimento

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A Linfohistiocitose Hemofagocítica (HLH) é uma doença rara e potencialmente fatal caracterizada por ativação desregulada do sistema imune, com inflamação sistémica extrema e falência multiorgânica.

Manifesta-se por febre, hepatoesplenomegalia, citopenias, coagulação intravascular disseminada, hepatite, hiperferritinemia, hipertrigliceridemia e hemofagocitose,

A HLH pode ser primária, associada a anomalias genéticas, ou, na maioria das vezes, secundária a uma condição predisponente, como infeções

O tratamento pressupõe o controlo do fator desencadeante e imunossupressores.

Caso clínico

Homem, 64 anos, antecedentes de doença inflamatória intestinal. Admitido no SU por febre com 10 dias de evolução. Internado na enfermaria de Medicina Interna por bacteriemia por *Pseudomonas aeruginosa* para a qual cumpriu Piperacilina/Tazobactam e abcesso perianal com necessidade de drenagem cirúrgica com isolamento de *Enterococcus faecalis* e *Escherichia coli* no bacteriológico do exsudado, tendo sido adicionada vancomicina à antibioterapia instituída. Analiticamente com neutropenia, padrão de citocolestase, hiperferritinemia e hipertrigliceridemia. Em TC TAP com esplenomegalia. Com isto cumpriam-se cinco em oito critérios HLH 2004, assumindo-se HLH secundária. Destaca-se evolução favorável com controlo dos focos infecciosos e melhoria clínica e analítica.

Discussão

Este caso ilustra uma entidade rara, muitas vezes subdiagnosticada. Pela inespecificidade dos sintomas e sinais, exige um índice de suspeição elevado, visando um diagnóstico e tratamento atempados. A drenagem cirúrgica e antibioterapia instituída foram cruciais, ao controlar as infeções consideradas como desencadeantes da HLH.

Síndrome Locked In Após Consumo de Cocaína

Marta Amaro; Sérgio Azevedo; Mariana Alves; Baltazar Oliveira; Nataliya Nedzelska

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA GRAÇA

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A síndrome de Locked In é uma condição complexa que se apresenta com tetraplegia, paralisia bulbar e perda sensorial devido a danos no tronco cerebral, mais frequentemente na ponte anterior. O diagnóstico é desafiante devido à sua semelhança com o coma e mutismo. As principais causas são tumores, infecções do SNC, acidente vascular cerebral (AVC) e trauma. A cocaína, por sua vez, é a droga mais associada a AVC's nos jovens, estando também associada a outras condições neurológicas, cardíacas, entre outras,

Caso clínico

Homem de 29 anos, autónomo, admitido no serviço de urgência após ter sido encontrado na via pública com alteração do estado de consciência, movimentos oculares apenas verticais, força muscular grau 0 nos quatro membros. O doente foi encontrado com cocaína na sua posse e painel toxicológico positivo. Na RMN CE apresentava enfarte isquémico da porção ventral da ponte. Foi feito diagnóstico de Síndrome de Locked-In em contexto de AVC isquémico da ponte associado a vasoespasmos pós consumo de cocaína, com disautonomia associada, com taquicardia, diaforese e períodos de hipertermia e internado na unidade de cuidados intensivos, onde necessitou de ventilação mecânica invasiva. No serviço de Medicina Interna, o doente encontrava-se dependente total, traqueostomizado, portador de PEG, portador de sonda retal e com úlceras de pressão. Após 54 dias de internamento com o acompanhamento de equipa multidisciplinar, o doente teve alta após evolução favorável do quadro neurológico e funcional, alimentação oral sem disfagia, ligeira disartria, e com movimentos activos do membro superior direito.

Este caso realça a evidência da toxicidade da cocaína, nomeadamente com hipertensão, taquicardia e vasoconstrição cardíaca e cerebral, com consequências possivelmente fatais. Destaca-se ainda a apresentação do AVC em síndrome de locked-in, que exige uma gestão complexa e multidisciplinar na abordagem, diagnóstico e recuperação.

Do álcool à desmielinização: doença de Marchiafava-Bignami

Maria de Belém Coelho; Sandra Ganchinho Lucas

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALENTEJO CENTRAL

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Homem de 62 anos, autónomo, trazido ao SU por alteração do estado de consciência. Antecedentes: hábitos tabágicos e etílicos marcados. Na admissão GCS 11, afásico, emagrecido, pálido e tensão arterial 150/90mmHg. Analiticamente: amonémia 18,10mmol/L, etanol e drogas de abuso negativos. TC crânio com encefalopatia isquémica, atrofia encefálica e hipodensidade inespecífica na vertente anterior do corpo caloso. Evolução desfavorável no SU, com GCS 9, farfalheira, roncos e fúrvos dispersos, com acidemia metabólica e cetoacidose por jejum prolongado. Assumiu-se pneumonia de aspiração e lesão cerebral ocupante de espaço para estudo, sendo internado. No internamento com flutuação do grau de orientação temporoespacial, disartria, disfagia para líquidos, diminuição da acuidade visual temporal esquerda e força muscular globalmente diminuída. RM crânio com hipersinal periventricular supratentorial bilateral, estendendo-se à região do joelho e da vertente anterior do corpo caloso, coexistindo lesões focais idênticas nos centros semiovais, compatíveis com doença inflamatória/infecciosa, devendo-se excluir doença de Susac, doença de Marchiafava-Bignami ou infeção vírica. Realizada punção lombar, sem alterações. Do ponto de vista respiratório, com melhoria sob Amoxicilina/Ácido Clavulânico. Na observação oftalmológica excluiu-se vasculite retiniana e oclusões vasculares. Assumiu-se doença de Marchiafava-Bignami, tendo efetuado terapêutica com tiamina, vitamina B12 e ácido fólico. Melhoria muito lenta no internamento, com alta com GCS 14, força muscular diminuída no membro superior esquerdo, dificuldade em manter a posição sentada e totalmente dependente, em Rankin 4. Na consulta aos 2 meses apresenta franca melhoria, com marcha de base alargada com steppage do membro inferior esquerdo, Romberg rotacional, disartria, sensibilidade aumentada no hemicorpo direito e hiperreflexia dos reflexos osteotendinosos. A doença de Marchiafava-Bignami é rara e subdiagnosticada, com apenas 300 casos descritos. Tem mau prognóstico quando associada a consumo excessivo de álcool, alteração grave de consciência, compromisso do lobo cerebral e lesões que se estendem até à substância branca. No entanto, com diagnóstico e tratamento precoces, há possibilidade de reversão completa das lesões.

Crise de ausência como apresentação incomum de Macroglobulinemia de Waldenström

Mariana Lobo Oliveira; André Airoso Pardal; João Pedro Teixeira; Maria João Tomás; Isabel Camões; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças hematológicas

A Macroglobulinemia de Waldenström (MW) é uma doença linfoproliferativa rara caracterizada pela infiltração medular por linfoma linfoplasmocítico e pela presença de uma paraproteína de imunoglobulina M (IgM). O espectro clínico é muito variado, contudo apresentamos um caso atípico de MW, manifestado inicialmente como uma crise de ausência.

Homem de 86 anos, sem antecedentes médicos prévios relevantes, recorreu ao serviço de urgência (SU) por episódio de alteração do estado de consciência, descrito como crise de ausência de cerca de 3 minutos, associada a incontinência urinária, sem movimentos involuntários.

Ao exame físico, encontrava-se hemodinamicamente estável, sem défices neurológicos evidentes, sem outra sintomatologia. Analiticamente, apresentava anemia, trombocitopenia, hiperproteinemia (proteínas totais 114,7g/L) com hipoalbuminemia (24,9g/L). TC-cerebral sem alterações agudas. Foi internado para estudo etiológico. Do estudo complementar apresentava: elevação da beta-2 microglobulina (5550 µg/L) e velocidade de sedimentação aumentada. A eletroforese de proteínas revelou um pico monoclonal na região gama, com IgM elevada (8360 mg/dL), redução de IgG3 e aumento de cadeias leves livres, mas razão kappa/lambda normal. A urina de 24h não apresentava cadeias leves. A RM cerebral mostrou alterações compatíveis com doença cerebrovascular crónica. A PET-TC excluiu lesões líticas. A imunofenotipagem de sangue periférico mostrou população B policlonal. Não realizou plasmaférese devido à ausência de sintomas compatíveis com hiperviscosidade durante o internamento. Pela discrasia de plasmócitos, iniciou tratamento com dexametasona e ciclofosfamida, com redução dos valores de IgM na ordem dos 2000 mg/dL e das proteínas totais para <100g/L. Foi detetada posteriormente a mutação MYD88 L256P, adicionando robustez ao diagnóstico de MW.

Este caso ilustra a importância da MW como diagnóstico diferencial em pacientes idosos com alterações neurológicas e hiperproteinemia. A abordagem diagnóstica detalhada permitiu a identificação precoce e o tratamento adequado da doença, evitando complicações como a síndrome de hiperviscosidade

Leucoencefalopatia multifocal progressiva como manifestação inicial de Infecção VIH

Carolina Soares Lopes¹; Lara Neto¹; João Lança Pereira²; Marta Castro Tomé¹; Maria Rosa Andrade Ferreira¹; Ana Laura Costa¹; Clara Batista¹; Luísa Guerreiro¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE VISEU DÃO-LAFÕES

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A leucoencefalopatia multifocal progressiva (LMP) é uma doença desmielinizante do sistema nervoso central causada pela reativação do vírus John Cunningham (JC) em contexto de imunossupressão. Desde a introdução da terapia antirretroviral (TARV) que a incidência da LMP em doentes com infeção VIH reduziu drasticamente.

Mulher de 58 anos, autónoma, fumadora, recorre à urgência por quadro de 1 semana de evolução de alterações da linguagem e do comportamento. Referência a quadro com 3 meses de evolução de agravamento do estado geral e perda ponderal não quantificada. Na admissão: vígil, desorientada, com discalculia, disartria, afasia motora e monoparésia do membro superior esquerdo.

Do estudo: TAC CE com hipodensidades subcorticais frontoparietais bilaterais; analiticamente com leucopenia 2300/uL, trombocitopenia 81.000/uL, PCR negativa; serologia VIH 1 e 2 positiva, com linfócitos TCD4+ 114 cel/uL e carga vírica VIH-1 com 281.794 cópias/mL; punção lombar (PL) com 18 células, 95% mononucleares, sem hiperproteinorráquia ou consumo de glicose, pelo que foi instituída terapêutica empírica com cobertura para Herpes Simplex e listeriose até compreensão do quadro.

Realizado diagnóstico de LMP com RMN CE com padrão compatível (áreas de hipersinal T2/FLAIR na substância branca subcortical frontal direita e parietal e temporal posterior esquerdas com padrão de “milky way sign”) e identificação do vírus JC no líquido (4.05 x 10³ UI/mL), com exclusão dos outros agentes infecciosos, nomeadamente oportunistas.

A doente iniciou TARV com progressivo aumento de linfócitos TCD4+ (236 cel/uL) e diminuição da carga viral (22 cópias/mL). Contudo, foi internada 2 meses depois por deterioração cognitiva e funcional. Repetiu RMN CE com agravamento expressivo de lesões prévias bilateralmente, com edema exuberante associado e nova PL com maior positividade para o vírus JC (8.32 x 10⁵ UI/mL). Assumido Síndrome Inflamatório de Reconstituição Imune a contribuir para agravamento da LMP, tendo iniciado corticoterapia.

Este caso destaca a LMP como diagnóstico diferencial de encefalopatia relacionada com VIH e reforça a importância da monitorização apertada destes doentes, dado o potencial de agravamento clínico com a reconstituição imune.

Nefrite túbulo-intersticial induzida por Everolimus: um caso clínico

Mariana Lobo Oliveira; Pedro Lisboa Gonçalves; Luana Alves; Nuno Mendes Piedade; Luís Nogueira Silva; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças renais

Os inibidores de mTOR, como o everolimus, são fundamentais no tratamento do carcinoma da mama metastizado, mas estão associados a potenciais efeitos adversos, incluindo toxicidade renal.

Mulher de 51 anos com carcinoma da mama metastizado em tratamento com everolimus e exemestano desde há dois meses. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por náuseas e vômitos com duas semanas de evolução, disúria e urina espumosa. Concomitantemente tinha tido um pico febril no domicílio. Analiticamente, apresentava lesão renal aguda grave (creatinina 11.71 mg/dL), anemia microcítica e hipocrômica.

Iniciou terapêutica dialítica ainda no SU e ficou internada na enfermaria do Serviço de Medicina Interna. No 3º dia de internamento realizou biópsia renal que revelou necrose tubular aguda e nefrite túbulo-intersticial, tendo iniciado corticoterapia. Desde então com melhoria progressiva do valor de creatinina e aumento do débito urinário tendo suspenso técnica dialítica ao 13º dia de internamento. Com a suspensão do everolimus e terapêutica instituída, verificou-se recuperação progressiva da função renal e estabilização clínica, tendo sido reavaliada clínica e analiticamente 6 semanas depois com evidência de recuperação da função renal.

Este caso destaca a importância da monitorização rigorosa da função renal em doentes oncológicos sob terapêutica com inibidores de mTOR. O diagnóstico e intervenção precoces são fundamentais para evitar complicações potencialmente irreversíveis.

Quando Dois Territórios Colidem: AVC e TEP simultâneos

Sofia Ramos; José Lucena; Luís Morais; Mário Rodrigues; Melanie Ferreira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

O acidente vascular cerebral (AVC) e o tromboembolismo pulmonar (TEP) são geralmente tratados como eventos distintos, mas a sua ocorrência simultânea pode sugerir uma origem comum, sobretudo em doentes com forâmen oval patente (FOP) e trombose venosa profunda (TVP).

Casos clínicos

Homem de 51 anos com hipertensão arterial e etilismo crónico, foi trazido ao serviço de urgência (SU) por disartria e hemiparésia esquerda. Relatou edema e dor na perna direita há 2 semanas e episódio de parésia transitória do membro superior direito na semana anterior. No transporte, por dessaturação periférica, houve necessidade de iniciar oxigénio suplementar a 15L/min. No SU, a angioTC cranioencefálica mostrou trombo no segmento M1 da artéria cerebral média (ACM) direita e a pulmonar confirmou TEP lobar bilateral, com dilatação ventricular direita no ecocardiograma. Fez trombólise sistémica e trombectomia cerebral, sem intercorrências. Mulher de 64 anos com síndrome de Sjögren, desenvolve, após aterrar de avião, afasia e hemiparésia direita. Foi trazida ao SU, onde a angioTC cranioencefálica confirmou AVC por oclusão de M2 da ACM esquerda, submetida a angiografia com repermeabilização total. Desenvolve hipoxémia e hipocápnia, documentando-se TEP central. Evoluiu com disfunção ventricular direita e hipotensão apesar de hipocoagulação, pelo que foi submetida a trombectomia com melhoria.

Em ambos, a presença de FOP foi confirmada em ecocardiograma transesofágico, sugerindo embolia paradoxal. Apresentaram recuperação neurológica significativa e cardiorrespiratória total, sem novos eventos embólicos sob hipocoagulação; e foram encaminhados para encerramento do FOP.

Discussão

Estes casos ilustram exemplos clássicos, de diferentes gravidades, de embolia paradoxal, em que um êmbolo venoso atravessa o FOP para a circulação arterial causando AVC. Os AVC e TEP simultâneos devem sempre levantar essa suspeita. O reconhecimento precoce e a abordagem adequada são cruciais para prevenir recorrência e sequelas, salientando-se o papel da terapêutica endovascular no alívio de sintomas e recuperação funcional.

Síndrome de Má Absorção como Manifestação Inicial de Imunodeficiência Comum Variável

Mariana Gaspar; Beatriz Correia; Márcia Pereira; Mariana Marques Silva

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças raras

Introdução

A Imunodeficiência Comum Variável (IDCV) é a imunodeficiência primária mais comum no adulto caracterizada por hipogamaglobulinemia e fenótipos diversos. A apresentação com síndrome de má absorção é pouco reconhecida, podendo atrasar significativamente o diagnóstico.

Caso Clínico

Homem de 51 anos, com Diabetes Mellitus tipo 1 desde os 34 anos, internado por alteração do estado de consciência e bradicardia. Analiticamente destacava-se cetoacidose, hipofosfatemia, hipocaliemia, hipomagnesemia e pancitopenia com déficit grave de B12 e folato. Referia diarreia crônica com 3 anos de evolução e perda ponderal significativa, com estudo inconclusivo em internamento prévio. No atual episódio, endoscopia com biópsia revelou candidíase esofágica extensa, atrofia vilositária duodenal com escassez de plasmócitos e pancolite linfocítica. O estudo imunológico evidenciou hipogamaglobulinemia global grave (IgG, IgA, IgM, IgE), ausência de resposta vacinal pneumocócica, redução das células B pós-centro germinativo com switch e linfopenia T CD4+ e NK. Foram excluídas causas secundárias: gamapatia monoclonal, doença linfoproliferativa, infecções virais, síndrome nefrótica e efeitos medicamentosos. A desproporção entre níveis de albumina (moderadamente reduzidos) e imunoglobulinas (drasticamente baixos) bem como clearance fecal de α 1-antitripsina normal favoreceu o diagnóstico de IDCV com enteropatia secundária versus enteropatia perdedora de proteínas. O estado de consciência melhorou após correção iónica e metabólica. Iniciou fluconazol e imunoglobulina endovenosa com evolução favorável.

Discussão

Este caso ilustra uma apresentação atípica de IDCV, com diabetes e enteropatia com síndrome de má absorção grave. O diagnóstico tardio resultou em complicações potencialmente fatais, sublinhando a importância de considerar imunodeficiências primárias no diagnóstico diferencial de síndromes de má absorção em adultos, especialmente quando associados a patologia autoimune ou infecções oportunistas.

Trombocitopenia grave - uma manifestação inicial incomum de SAF

Duarte Lima¹; A. Beatriz Ferreira¹; Catarina Rodrigues da Silva²; Teresa Costa Pereira³; Catarina Faisca Moreira⁴; Joana Simões¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE VISEU DÃO-LAFÕES

³ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE AMADORA/SINTRA

⁴ INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

O Síndrome Antifosfolipídico (SAF) associa-se frequentemente a trombocitopenia, embora esta raramente seja grave, configurando a Púrpura Trombocitopénica Imune (PTI) um diagnóstico diferencial ou complementar relevante quando o quadro não se acompanha de eventos trombóticos. Em ambas, o mecanismo subjacente à trombocitopenia pode ser imunomediado e potenciado por infeções.

Caso clínico

Homem, 33 anos, com antecedentes de rinite alérgica e anticoagulante lúpico positivo é encaminhado à urgência por lesões petequiais dispersas com 2 dias de evolução e gengivorragias esporádicas. História de infeção respiratória duas semanas antes.

À avaliação constatadas petéquias dispersas, associadas a plaquetas < 2000/uL e linfopenia nas análises.

Pela trombocitopenia grave, de provável etiologia imune, iniciou pulsos de metilprednisolona 1g (3 dias) e hidroxicloroquina, com melhoria clínica e analítica franca. Sem eventos hemorrágicos no internamento, tendo transitado para prednisolona 1 mg/kg/dia. Do estudo realizado, a destacar apenas tripla positividade para os anticorpos antifosfolipídicos (AAF). Assim, levantadas como principais hipóteses diagnósticas PTI e SAF, embora sem critérios classificatórios para o segundo. Teve alta orientado para Consulta de Medicina medicado com corticóide.

Três meses após o internamento, nova ida à urgência por dor torácica pleurítica. Do estudo realizado a destacar plaquetas 83.000/uL e hipoxemia ligeira em relação com tromboembolismo pulmonar documentado em AngioTC Tórax. Realizou ecodoppler que documentou trombose venosa profunda da veia poplítea esquerda. Doseamento de AAF novamente positivo, tendo-se feito diagnóstico de SAF primário, pelo qual iniciou hipocoagulação.

Discussão

A manifestação inicial de um SAF como trombocitopenia grave torna o diagnóstico desafiante. A presença de AAF em doentes com PTI associa-se a um maior risco trombótico, sendo a trombocitopenia, por sua vez, um sinal de alarme para SAF de alto risco. Em casos como o apresentado, a presença de AAF deve alertar para o diagnóstico de SAF e para a importância de iniciar precocemente terapêutica de prevenção de eventos trombóticos.

Quadro neurológico como apresentação do cancro do pulmão - a importância da história clínica

Carolina Soares Lopes¹; Fernando Roxo²; João Lança Pereira³; Lara Neto¹; Marta Castro Tomé¹; Maria Rosa Andrade Ferreira¹; Rute Brás-Cruz¹; Luísa Guerreiro¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

² INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

³ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE VISEU DÃO-LAFÕES

Tema: Doenças oncológicas

Homem de 69 anos, fumador ativo de 1 maço/dia, recorreu ao serviço de urgência por diminuição progressiva da força dos membros inferiores com 24 horas de evolução. Referência a síndrome gripal na semana prévia. Pela suspeita de Síndrome de Guillain-Barré foi transferido para a unidade de cuidados intermédios polivalente (UCIP). Já na UCIP foi explorada a anamnese e verificado que o doente apresentava ainda clínica com 3 meses de evolução de anorexia, perda de peso, obstipação, tenesmo vesical e, mais recentemente, disfonia e ptose palpebral esquerda. Revisto o exame neurológico do qual se realça: disartrodisfonia, ptose palpebral e pupila miótica à esquerda, parésia grau 3 do membro inferior direito e ataxia troncular.

Completado estudo imagiológico com tomografia computadorizada cerebral, cervico-toraco-abdomino-pélvica e posteriormente ressonância magnética cerebral e medular, que excluiu lesões cerebrais expansivas ou isquémicas e identificou massa sólida extensa com origem no ápice pulmonar esquerdo com repercussão mediastínica e torácica, com compressão da artéria vertebral a nível de C7, invasão medular de D1-D4 e suspeita de metastização pleural e ganglionar. A biópsia pulmonar foi compatível com carcinoma neuroendócrino de pequenas células. O doente evoluiu para síndrome de compressão medular com paraparésia e retenção urinária aguda, com parca resposta à corticoterapia e radioterapia. Acabou por ser verificado o óbito no domicílio 6 dias após a alta.

Este caso clínico reforça a importância da anamnese e exame objetivo na orientação de uma marcha diagnóstica e consequente implicação terapêutica. Alertar ainda para uma neoplasia rara e agressiva que é frequentemente diagnosticada em estádios avançados, com cerca de 70% dos doentes a apresentarem-se com metastização, com clínica muito variável.

Hemorragia digestiva alta por rutura de varizes gástricas – desafio diagnóstico

Luís Neves da Silva¹; Rui Ribeiro²; Inês Araújo¹; Bárbara Silva³; Rita Pera⁴; Rita Xavier⁵; Sofia Teixeira²; Francisco Mendes²; Joana Pereira²; Fernando Friões²

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

³ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ESTUÁRIO DO TEJO

⁴ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE

⁵ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO AVE

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Introdução

A hemorragia digestiva alta (HDA) por rutura de varizes gástricas (VG), apesar de menos frequente que nas esofágicas, tem maior morbimortalidade. Na hipertensão portal não cirrótica (HTPNC) – entidade com múltiplas etiologias – as VG isoladas ocorrem em 10% dos casos.

Caso Clínico

Homem de 39 anos. História de neuroblastoma com atingimento suprarrenal, retroocular e esfenoidal aos 2 anos de idade, sem recidiva após tratamento com dacarbazina, ciclofosfamida, adriamicina e vincristina. Admitido por hematemeses e síncope. À admissão destacava-se hipotensão arterial e taquicardia. Análises: Hb 6.9 g/dL, plaquetas 236000/uL, enzimologia hepática/coagulação normal. Endoscopia digestiva alta: variz gástrica fúndica com “white nipple”, sem hemorragia ativa. Fez cianoacrilato, transfusão de glóbulos rubros, terlipressina e ceftriaxone. Admissão em Unidade de cuidados intermédios – recidiva de HDA, repetiu terapêutica endoscópica e fez ecoendoscopia com Doppler que confirmou VG. Excluídas causas mais comuns de cirrose – serologia VHC e VIH negativa, imunidade vacinal VHB, anticorpos hepatite autoimune negativos, alfa1antitripsina/ceruloplasmina normais. AngioTC/angioRMN sem alterações de parênquima/vasculares; elastografia hepática 5.3 kPa e esplénica 33.8 kPa; angiografia hepática sem lesões, gradiente portossistémico de 15mmHg; biopsia hepática sem fibrose, mas com alterações vasculares compatíveis com doença vascular porto-sinusoidal (DVPS). Mutações JAK2 V617F, CALR e MPL negativas, ecocardiograma normal. Diagnóstico final de HTPNC por DVPS secundária a quimioterapia prévia. Iniciou carvedilol 6.25mg bid, sem recidiva de HDA.

Discussão

Este caso demonstra o desafio diagnóstico de causas de VG. Mesmo em doentes sem estigmas de cirrose, deve-se investigar a presença de hipertensão portal. Este doente mostra que, após exclusão das causas mais comuns de HTPNC, a quimioterapia realizada no passado pode ser o único fator desencadeador desta patologia.

VASCULITE DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL – UMA CAUSA RARA DE AVC

Leda D'almeida; Maria Roque; Madalena Rosário; Pedro Nascimento Alves

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, EPE / HOSPITAL DE SANTA MARIA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A Vasculite do Sistema Nervoso Central afeta as artérias de pequeno e médio calibre encefálicas e da medula espinhal, podendo levar a isquémia ou hemorragia. Descreve-se o caso de um homem de 49 anos de idade, que veio ao Serviço de Urgência por diplopia binocular vertical, alteração da articulação verbal e desequilíbrio da marcha de início súbito. Tinha antecedentes pessoais de hipertensão arterial e doença bipolar. Ao exame neurológico apresentava oftalmoplegia internuclear esquerda, nistagmo vertical upbeating, hipoestesia algica direita, sinal de Babinski direito e ataxia apendicular esquerda e da marcha. Foi feito o diagnóstico clínico de AVC isquémico do território vertebro-basilar. A RM-CE mostrou isquémia aguda protuberancial paramediana esquerda e lenticular direita, associada a isquémia sub-aguda frontal esquerda e hemossiderose sulcal parietal direita. Durante o internamento apresentou agravamento da disartria, das alterações da marcha e defeitos cognitivos de novo. A avaliação neuropsicológica revelou um defeito cognitivo multidomínios, de predomínio frontal. O laboratorial foi negativo. A repetição da RM-CE mostrou lesões isquémicas de novo. A angiografia revelou áreas de dilatação e estreitamento arterial focal enquadráveis no diagnóstico de vasculite. A biópsia corticoleptomeningea evidenciou múltiplos vasos com infiltrado inflamatório de predomínio de linfócitos T. Iniciou corticoterapia e realizou ciclos de ciclofosfamida. Clinicamente verificou-se melhoria cognitiva, mantendo nistagmo upbeating, disartria grave e ataxia da marcha. O diagnóstico de vasculite continua a ser desafiador. Este caso reforça a importância da suspeita deste diagnóstico em doentes jovens com acidentes vasculares cerebrais multifocais, sem outra causa determinada, com disfunção neurológica desproporcional para as lesões vasculares visíveis nos exames de imagem. A realização de angiografia e de biópsia cerebral podem ser fundamentais para estabelecer este diagnóstico.

Um Diagnóstico Raro de Dor Radicular Persistente

Inês Isabel Trancoso¹; Francisca Santos Coelho¹; Inês Perdigão Morais²; Ana F. Lopes¹; Mariana Silva Leal¹; Jorge Almeida¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

² CENTRO DE MEDICINA DE REABILITAÇÃO DA REGIÃO CENTRO - ROVISCO PAIS

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

O cordoma lombar é um tumor ósseo raro e de crescimento lento, originado de remanescentes da notocorda. Apesar de sua localização mais comum ser na base do crânio e no sacro, a região lombar pode ser atingida, causando dor lombar persistente, défices neurológicos e compressão de estruturas adjacentes.

Caso Clínico

Homem de 71 anos com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia. Múltiplas idas ao serviço de urgência por quadro de ciatalgia direita, sem queixas de lombalgia associada, com 1 ano de evolução. Por agravamento progressivo do quadro, realizou ressonância magnética com identificação de volumosa massa envolvendo tecidos moles e com componente lítica do corpo vertebral de L5, com compressão das raízes emergentes de L5, saco tecal e S1 direitas. Realizou eletromiografia que demonstrou lesão axonal das fibras motoras de ambas as raízes de L5 bilateralmente. Por suspeita de metástase de neoplasia oculta, realizou tomografia toraco-abdomino-pélvica sem identificação de outras lesões suspeitas. Analiticamente sem alterações de relevo; doseamento de imunoglobulinas e cadeias leves normais, sem picos monoclonais na eletroforese de proteínas séricas. Optou-se por realizar biópsia da lesão que demonstrou características morfológicas e imunofenotípicas compatíveis com tumor do notocórdio de tipo cordoma. Durante o internamento doente com agravamento clínico a condicionar síndrome de cauda equina com necessidade de introdução de corticoterapia e radioterapia emergente.

Discussão

O cordoma lombar, embora raro, deve ser considerado no diagnóstico diferencial de dor radicular persistente e síndromes compressivas, especialmente quando não há resposta ao tratamento convencional. Este caso ressalta a importância da investigação detalhada, incluindo ressonância magnética e biópsia, para um diagnóstico definitivo. O diagnóstico precoce é essencial para um melhor prognóstico, sendo o tratamento baseado na ressecção cirúrgica e, quando necessário, radioterapia adjuvante.

Disautonomia como manifestação de Amiloidose

Beatriz Madureira Vital; Joana Serranho; Joana Vieira Jardim; Adelaide Figueiredo; Maria Cristina Esteves

HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM, EPE

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A amiloidose AL é uma doença rara causada pelo depósito de cadeias leves monoclonais produzidas por plasmócitos anómalos, comprometendo múltiplos órgãos, especialmente rins, coração e sistema nervoso autónomo, levando a uma variedade de manifestações clínicas. O diagnóstico é frequentemente tardio, uma vez que os sintomas iniciais são inespecíficos.

Caso clínico

Doente do sexo masculino, de 46 anos de idade, portador de gene de fibrose quística e ex-fumador. Recorreu ao Serviço de Urgência por desequilíbrio, sudorese, lipotímia, cansaço fácil e toracalgia. Analiticamente, apresentava eritrocitose. A investigação em consulta de Medicina Interna revelou eritropoietina ligeiramente elevada e dislipidemia grave. Do estudo realizado posteriormente, destaca-se: hipoalbuminemia, pico na fração alfa2-globulina e gamaglobulina na eletroforese de proteínas, imunofixação sérica com presença de banda monoclonal em IgG lambda e um ratio cadeias kappa/lambda muito baixo. A função renal agravou progressivamente, com a creatinina a aumentar de 0.8 mg/dL para 4.7 mg/dL em 8 meses. Na urina de 24 horas, de salientar: proteinúria nefrótica e imunofixação urinária com presença de cadeias leves livres lambda monoclonais. A ecografia renal mostrou aumento difuso da ecogeneidade bilateralmente. O ecocardiograma transtorácico revelou ligeira hipertrofia basal do septo interventricular. A biópsia da gordura abdominal foi negativa, mas o medulograma e a biópsia óssea evidenciaram plasmocitose moderada a intensa, com predomínio de cadeias lambda e presença de substância amiloide. Estabelecido o diagnóstico de insuficiência renal grave e gamapatia monoclonal a IgG sob a forma de amiloidose AL, o doente iniciou hemodiálise e quimioterapia.

Discussão

Este caso clínico sublinha a importância da suspeita clínica na amiloidose AL, pois a disautonomia autonómica, frequentemente subdiagnosticada, pode ser uma das primeiras manifestações da doença e, o seu reconhecimento precoce pode ser determinante para um diagnóstico atempado e um melhor prognóstico.

TROMBOSE VENOSA CEREBRAL COMO MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA MIELOPROLIFERATIVA

Leda D'almeida; Madalena Rosário; Teresa Pinho e Melo

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, EPE / HOSPITAL DE SANTA MARIA

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A apresentação clínica da Trombose venosa Cerebral (TVC) é variável. A incidência anual varia de 1,16 a 2,02 por 1×10^3 sendo mais prevalente em mulheres. Em pessoas com mais de 65 anos as trombofilias, malignidade e distúrbios hematológicos, podem constituir um *trigger* na TVC. Os autores descrevem o caso de uma mulher de 78 anos de idade com instalação súbita de lentificação do discurso, incapacidade para a marcha com movimentos involuntários da cabeça e dos quatro membros, sem cefaleia. Tem antecedentes de hipertensão arterial e neoplasia da mama mastetomizada com hemiparesia direita sequelar. Apresentava-se vigil, TA 185/91mmHg, lentificação psicomotora, mioclonias dos quatro membros, tremor cefálico, hipertonia, paresia segmentar do membro superior direito e marcha de pequenos passos com instabilidade postural. Laboratorialmente a salientar, Hb 15g/dL, Hct 47.1%, plaquetas 505 000/uL, Dímeros-D 1.19ug/ml, fibrinogénio 427mg/dL, LDH 218U/L e estudo pro-trombótico com proteína S 115% e Factor VIII: C 198%. TC-crânioencefálico e Veno-TC mostrou trombose venosa cerebral envolvendo golfo da jugular esquerda, o seio lateral ipsilateral, tórula, dois terços posteriores do seio longitudinal superior, bem como o seio reto, a veia de Galeno, as veias cerebrais internas e cerebrais superiores adjacentes. RM crânioencefálica confirmou lesões parenquimatosas do tálamo envolvendo os seios supracitados. TC de corpo excluiu neoplasia. Iniciou anticoagulação em dose terapêutica apresentando evolução clínica favorável. Avaliada pela Hematologia por trombocitose persistente. Realizou biópsia osteomedular com hiper celularidade das três séries, megacariócitos com hiperlobulação nuclear, formas pequenas e hipolobuladas, dispersas, compatível com Policitemia Vera (PV) variante V617F+ do gene JAK2. Sendo rara a apresentação da TVC nesta idade, este caso remete-nos para importância da investigação da PV como causa de trombose e iniciar estratégias de tratamento adequadas.

Linfadenite Necrosante Recorrente: Um Caso de Doença de Kikuchi-Fujimoto

Inês Isabel Trancoso; Ana F. Lopes; Mariana Silva Leal; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A Doença de Kikuchi-Fujimoto (DKF), também conhecida como linfadenite histiocítica necrosante, é uma doença rara, autolimitada, caracterizada pela inflamação dos gânglios linfáticos, podendo estar associada a sintomas sistêmicos. A doença é mais comum em mulheres jovens e em asiáticos, mas pode afetar pessoas de qualquer etnia. A etiologia permanece desconhecida, mas acredita-se que esteja associada a uma resposta imunológica alterada, nomeadamente a infeções.

Caso Clínico

Mulher de 31 anos, sem antecedentes de relevo, referenciada à consulta de medicina interna por quadro de astenia e artralgias ao nível das articulações coxofemorais, de carácter inflamatório, associado a adenomegalias cervicais. Teria realizado biópsia ganglionar no exterior compatível com possível DKF, no entanto a sugerir estudo adicional para exclusão de outra etiologia. Do estudo realizado, sem alterações do hemograma, velocidade de sedimentação normal, com ANAs, antiDs DNA, anti-fosfolípidos, anti-CCP e fator reumatoide negativo. Adicionalmente, eletroforese de proteínas séricas e doseamento de imunoglobulinas sem alterações, sem consumo de complemento. Do estudo infeccioso, Epstein-Barr vírus e Citomegalovírus negativos. Reavaliada posteriormente com resolução de queixas sistémicas. Em reavaliação imagiológica sem adenopatias objectivadas. Dada melhoria clínica e resolução de adenopatias de forma espontânea, manteve-se atitude expectante. Regressa 4 meses após, com recidiva adenopatia cervical, tendo realizado biópsia excisional com confirmação de linfadenite reactiva de tipo DKF, a excluir processo linfoproliferativo.

Discussão

A Doença de Kikuchi-Fujimoto é uma causa rara de linfadenopatia cervical, frequentemente benigna e autolimitada. No entanto, a sua apresentação clínica pode mimetizar doenças autoimunes e linfoproliferativas, tornando essencial a biópsia ganglionar para um diagnóstico definitivo. Embora a maioria dos casos tenha resolução espontânea, a possibilidade de recidiva, como observado neste caso, reforça a necessidade de seguimento clínico para excluir outras patologias subjacentes e, se necessário em doença grave, introdução de terapêutica imunossupressora.

Afasia, nem sempre a causa é neurológica

Carolina Olim; Rodolfo Viríssimo Gomes; Cláudia C. Sousa; Eduarda Moniz; Teresa Faria

SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, SESARAM EPERAM

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

Hiponatremia (HipoNa) é definida como concentração plasmática de sódio inferior a 135mEq/L. Os sintomas dependem da severidade e tempo de instalação da mesma, sendo mais graves em situações severas e agudas. Existem múltiplas etiologias possíveis (infeciosa, central, renal, endocrinológica, iatrogénica...) tornando-se assim um desafio diagnóstico.

Caso Clínico

Expomos o caso de um homem, 53 anos com antecedentes de diabetes *mellitus* tipo 2 e doença inflamatória intestinal, levado ao serviço de urgência por quadro de cefaleia, mal-estar geral, inquietação e afasia. À admissão encontrava-se, vígil, normotenso, febril, desorientado, com desvio da comissura labial para a esquerda e afasia mista, realizou tomografia computadorizada (TC) crânio-encefálica com angiografia que não demonstrou alterações e estudo analítico do qual se destacava hipoNa de 115mEq/L. Avaliado por neurologia e realizada punção lombar que excluiu infeção do sistema nervoso central. Assumido diagnóstico de hiponatremia severa com manifestações neurológicas tendo sido internado para estudo etiológico e correção eletrolítica subsequente. Realizou ressonância magnética e TC toracoabdominopélvica sem alterações. Analiticamente a destacar hipoNa hiposmolar (260mOsm/Kg) em doente euvolémico, sódio urinário 86mEq/L, osmolaridade urinária de 629mOsm/kg, cortisol da manhã 3.6µg/dL e hormona adrenocorticotrófica 216pg/mL permitindo assim o diagnóstico de insuficiência primária suprarrenal. Iniciou terapêutica com hidrocortisona com correção da natremia e resolução da sintomatologia.

Discussão

A insuficiência da suprarrenal primária é uma causa de hiponatremia endócrina que resulta do défice de produção de cortisol. Esta pode ter múltiplas etiologias podendo ser inferida com base na história clínica (iatrogenia, imunodepressão, distúrbios infiltrativos) ou requerer um estudo mais aprofundado (autoimune e genético). No caso apresentado e perante etiologia não esclarecida em doente com patologia autoimune conhecida, foi assumida provável adrenalite auto-imune e pedida pesquisa do anticorpo para 21-hidroxilase.

Doença de Whipple: Uma causa rara de diarreia crónica e perda de peso

Elisa Caldeira; Sofia Almada; Miriam Capelo; Maria da Luz Brazão; Teresa Faria

HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A diarreia crónica define-se por uma duração superior ou igual a 4 semanas, sendo que as suas principais causas em países desenvolvidos incluem a síndrome do intestino irritável, as doenças inflamatórias intestinais, síndromes de mal absorção e as infeções crónicas.

Apresentamos um doente de 47 anos, fumador (40UMA), referenciado à consulta de medicina interna por anemia ferropénica. O doente referia quadro de dejeções diarreicas, cerca de 2 episódios/dia, sem sangue, muco ou pus, associadas a náuseas, vómitos, astenia e anorexia, com perda de cerca de 10kg, com 1 mês de evolução. Teria já recorrido ao serviço de urgência por este motivo, tendo sido medicado com ciprofloxacina que realizou durante 5 dias e probióticos, sem sucesso. Negava febre, viagens recentes, dor abdominal, icterícia, perdas hemáticas ou outros sintomas. Analiticamente com anemia microcítica, sem leucocitose ou neutrofilia, hipoalbuminemia, hipocaliemia, PCR 138 mg/dL, vitamina B12 e ácido fólico normais, função tiroideia normal, marcadores virais negativos e calprotectina fecal elevada. Adicionalmente, foi realizado exame parasitológico e bacteriológico e pesquisa de clostridium, que se revelaram negativos. Após realização de exames endoscópicos e biópsia duodenal, chegou-se ao diagnóstico de *Tropheryma Whipplei*, por biologia molecular. Iniciou terapêutica com ceftriaxone durante 15 dias, seguido de cotrimoxazol. Após cerca de 1 mês a cumprir esta terapêutica, foi observada melhoria do quadro clínico e recuperação do peso.

A doença de whipplei é uma infeção rara, afetando tipicamente homens caucasianos de meia-idade, que se apresentam com perda de peso, diarreia, artralgias e febre. O seu diagnóstico baseia-se nas biópsias duodenais e achados histológicos específicos, ou por *polymerase chain reaction (PCR)*. O tratamento recomendado foi o realizado pelo doente, sendo que o cotrimoxazol deve ser continuado durante 1 ano.

Hiponatremia grave como manifestação de lesão selar oculta

Elisa Caldeira; Sofia Almada; Miriam Capelo; Maria da Luz Brazão; Teresa Faria

HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

A hiponatremia é um distúrbio hidroeletrólítico comum, manifestando-se de forma inespecífica, de acordo com a sua velocidade de instalação e gravidade: em casos ligeiros, os sintomas incluem anorexia, fadiga e náuseas, contudo, na hiponatremia grave ($\text{Na} < 120 \text{ mEq/L}$), o doente pode apresentar-se com convulsões, arreflexia, coma e até morte. A sua etiologia é variada, incluindo perdas excessivas de sódio, diluição por retenção hídrica e distúrbios endocrinológicos.

Apresentamos uma doente de 63 anos, sem antecedentes pessoais conhecidos. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de tosse não produtiva, odinofagia, cefaleia frontal esquerda e prostração, associados a náuseas e vômitos abundantes, de conteúdo alimentar, com 3 dias de evolução. Objetivamente, a doente apresentava-se hipotensa ($88/50 \text{ mmHg}$), com uma frequência cardíaca de 57 bpm, pele e mucosas pálidas e suadas, neurologicamente com lentificação no discurso, mas sem outras alterações observadas. Analiticamente apresentava uma ligeira leucopenia ($4.4 \times 10^3/\text{uL}$), com linfopenia de $500/\text{uL}$, um sódio de 108 mEq/L , função renal sem alterações, glicémia de 97 mg/dL , osmolalidade plasmática de 222.6 mOsm/L e uma PCR de 5.46 mg/dL . Foi realizada uma TC-CE que mostrou uma lesão expansiva da lócula selar e da região laterosselar/seio cavernoso direito, com remodelação óssea associada, com cerca de $33 \times 36 \text{ mm}$ de eixos. A doente iniciou suplementação de hidrocortisona endovenosa e correção lenta da natremia, tendo ficado internada no Serviço de Endocrinologia e referenciada para a consulta de Neurocirurgia.

Analisando este caso clínico, estamos perante uma insuficiência da suprarrenal secundária a um hipopituitarismo por lesão selar, com apresentação aguda, onde o trigger mais provável será uma infeção viral. Este é um exemplo de uma hiponatremia grave, de provável evolução crónica, de etiologia endocrinológica.

Aseptic Meningitis as the initial manifestation of Behçet's Disease

Rita Noversa de Sousa; Helena Greenfield; Inês Chora; Joana Rocha; Maria João Gonçalves; Maria João Lima; J. Vasco Barreto; Raquel Calisto

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

TEMA: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Background

Behçet's Disease (BD) is an autoinflammatory vasculitis primarily characterized by mucocutaneous manifestations (most frequently oral aphthae and genital ulcers) and ocular involvement. Neurological complications, seen in fewer than 10% of BD cases, typically manifest as parenchymal lesions or thrombotic events. Aseptic meningitis is a rare and atypical initial presentation of BD.

Case Report

A 19-year-old woman with a history of COVID-19 infection a few weeks prior presented with a 2-day history of holocranial headache, nausea, vomiting, dysuria, high-grade fever, and photo/phonophobia. She was initially diagnosed with a presumed urinary tract infection but due to worsening symptoms, she sought emergency care. Neurological examination revealed meningeal signs, and cerebrospinal fluid analysis showed neutrophilic pleocytosis without glucose consumption or proteinorrachia. Given the prior antibiotic exposure, a diagnosis of decapitated acute bacterial meningitis was considered, and empiric antibiotherapy was initiated.

The following day, the patient developed an erythematous macular exanthem, which evolved into painful nodular lesions on the limbs. Histopathological examination confirmed erythema nodosum. Within 48 hours, she developed arthralgias, and by day 4 pustular nasal lesions along with multiple oral and genital ulcers were observed for the first time. Despite broad infectious and immunological investigations, no etiology was identified, and inflammatory markers continued to rise, strikingly disproportionately to her clinical stability. The constellation of symptoms raised suspicion of BD with neurological involvement. High-dose corticoids and colchicine were initiated, leading to rapid clinical and analytical improvement, sustained during gradual corticoid tapering.

Discussion

Neurological manifestations of BD are uncommon, and aseptic meningitis as an initial presentation is particularly rare. We highlight the importance of considering BD in the differential diagnosis of acute aseptic meningitis, especially in the presence of systemic inflammatory signs and mucocutaneous findings. Additionally, recent COVID-19 infection may have acted as a trigger for BD onset, as has been reported with other vasculitides.

Metástase cerebral de adenocarcinoma da próstata: relato de caso

Ana Rita Ambrósio; Telma Costa Cabral; Margarida Bandeira; Hugo Pêgo; Ana Grilo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

Tema: Doenças oncológicas

A neoplasia da próstata é a segunda mais frequente em homens em todo o mundo. Habitualmente apresenta invasão local, sendo a metastização óssea e linfática as mais frequentes. O envolvimento metastático do sistema nervoso central é muito raro.

Reportamos o caso de um homem de 74 anos, melanodérmico, autónomo. História de diabetes tipo 2 e trombose venosa profunda. Diagnóstico de adenocarcinoma da próstata em 2009, tendo realizado radioterapia e bloqueio androgénio. Perdeu seguimento após Tomografia por Emissão de Positrões (PET) em 2019, que sugeria recidiva local da lesão prostática.

Trazido ao Serviço de Urgência por quadro confusional e hemiparesia esquerda com mais de 24 horas de evolução. A TC-CE mostrou lesão heterogénea neoformativa frontal direita (48x37x31mm), com edema perilesional e efeito de massa local. A TC-PTAP não foi categórica para metastização, evidenciando tromboembolismo pulmonar, micronódulos pulmonares, adenopatias lateroaórticas e lesão tumoral prostática com invasão local. Realizou cintigrafia óssea que confirmou presença de metástases. O PSA foi de 74.2ng/ml.

Colocadas como hipóteses diagnósticas tumor primário do SNC *versus* metástase cerebral. Iniciou bloqueio androgénio com bicalutamida e posteriormente com leuprorrelina. Após realização de RM-CE, avaliado por Neurocirurgia com decisão cirúrgica, no pós-operatório com evidência de remoção adequada da lesão e sem complicações associadas. A avaliação anatomo-patológica confirmou metástase de adenocarcinoma, excluindo tumor primário do SNC. Na ausência de outras localizações suspeitas na TC, admitido tratar-se de metastização cerebral de adenocarcinoma da próstata, tendo sido proposto para radioterapia adjuvante.

Considerar a metastização cerebral do adenocarcinoma da próstata no diagnóstico diferencial de lesões cerebrais é imperativo em doentes com doença prostática primária. Embora rara, esta condição está associada a um prognóstico reservado, pelo que uma abordagem multidisciplinar é fundamental para o seu diagnóstico precoce e definição terapêutica.

Eventos Tromboembólicos: Um alerta para o diagnóstico de Policitemia Vera?

Ana Rita Ambrósio; Telma Costa Cabral; Margarida Bandeira; Hugo Pêgo; Ana Grilo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

Tema: Doenças hematológicas

Policitemia Vera (PV) é uma neoplasia mieloproliferativa crónica caracterizada por um aumento significativo da massa de glóbulos vermelhos no sangue periférico resultante de um defeito clonal de células-tronco hematopoiéticas. Está associada a um risco aumentado de eventos tromboembólicos, que representam a principal causa de morbimortalidade nestes doentes. Embora pouco frequentes, estas complicações podem constituir a manifestação inicial da doença.

Apresentamos um caso de um homem de 76 anos, autónomo, com história de hipertensão arterial, dislipidemia, síndrome dispéptica, hipertrofia benigna da próstata e ex-fumador 2UMA. História familiar de carcinoma colorretal, com rastreios atualizados. Recorre ao serviço de urgência por dor e edema do membro inferior esquerdo (MIE) de três dias de evolução. À anamnese apurou-se concomitante quadro de cansaço fácil com intolerância a esforços moderados. Doente hemodinamicamente estável, com edema assimétrico do MIE e empastamento gemelar. A angioTC de tórax e membros inferiores confirmou a suspeita de trombose venosa profunda (TVP) do MIE com extensão à veia cava inferior, com tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral, tendo iniciado hipocoagulação com enoxaparina em dose terapêutica. Durante internamento a destacar infeção a SARS-CoV-2, com sintomas ligeiros. Analiticamente com eritrocitose e aumento de D-dímeros, sem elevação de eritropoietina sérica, PSA normal. A pesquisa da mutação JAK2 V617F foi positiva, confirmando o diagnóstico de PV. O doente foi orientado para consulta de Imunohemoterapia, tendo iniciado ácido acetilsalicílico e flebotomias terapêuticas. Apresentou recidiva de TVP sob hipocoagulação com rivaroxabano, com necessidade de ajuste terapêutico para varfarina. Encontra-se a aguardar avaliação por Hematologia, proposto para início de hidroxiureia.

Este caso realça a importância da suspeita de PV em doentes com eventos trombóticos e aumento de hemoglobina/hematócrito, sem hipoxemia crónica. O reconhecimento precoce e a gestão adequada da PV são essenciais para redução de morbimortalidade, evitando a evolução da doença ou recidivas trombóticas.

Associação de Diabetes Mellitus com outras doenças autoimunes

Mónica Spencer Pereira; Sandra Sepúlveda; Daria Bem; Domingas Pereira; Pedro Costa

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

Diabetes Mellitus autoimune resulta da suscetibilidade genética e exposição a fatores ambientais desencadeantes. Há uma maior predisposição para outras doenças autoimunes. Os autores vêm apresentar dois casos de doenças autoimunes.

Casos clínicos

Primeiro caso: Trata-se de uma jovem de 26 anos de idade com diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 1. Aos 20 anos de idade, sem traumatismo, inicia quadro de gonalgia acompanhado de tumefação e impotência funcional de agravamento progressivo. Observada pela ortopedia com indicação cirúrgica que recusou. Diabetologista assistente pede a consulta de Medicina Interna/doenças autoimunes na sequência da investigação diagnóstica artrite reumatóide seropositiva para factor reumatóide e anti citrulina e tiroidite de Hashimoto com função normal. Iniciou terapêutica com medicamentos modificadores da doença não biológicos com franca e sustentada melhoria do quadro clínico.

Segundo caso: Um homem de 58 anos de idade com diagnóstico de diabetes autoimune latente do adulto (LADA) aos 28 anos. Aos 50 anos de idade iniciou quadro de dor e tumefação na tibiotársica esquerda com impotência funcional e agravamento progressivo. Recorre ao Médico de família que pede radiografia e diagnóstica artrose, medicado com analgésicos e anti-inflamatórios não esteroides com ligeira melhoria. Volta ao médico assistente que pede ANA que veio positivo apesar de título baixo foi enviado a consulta de medicina interna/autoimunes e na sequência da investigação com diagnóstico de artrite reumatóide com positividade de factor reumatóide / anticitrulina. Foi-lhe também diagnosticado Tiroidite de Hashimoto com função normal. Fez medicamentos modificadores da doença não biológicos com melhoria.

Discussão

É frequente a associação de Diabetes mellitus autoimune com artrite reumatóide e Tiroidite de Hashimoto mas com apresentação não convencional de artrite reumatóide. Os autores querem chamar a atenção da frequência da associação da Diabetes mellitus autoimunes com outras doenças autoimunes, importância do diagnóstico, o que permitirá tratá-las da melhor forma.

Fibroelastoma da válvula aórtica: uma casa rara de Insuficiência Cardíaca Aguda

Beatriz Câmara Lourenço; Margarida Mota Gonçalves; Fábio Murteira; Joana Mascarenhas

CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO

Tema: Doenças cardiovasculares

O fibroelastoma é um tumor benigno primário cardíaco cuja apresentação clínica pode ir desde a ausência de sintomas até complicações embólicas.

Homem de 72 anos, com hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes mellitus tipo 2, recorre ao Serviço de Urgência (SU) por dispneia em agravamento para esforços progressivamente menores, ortopneia e edemas periféricos com 2 semanas de evolução, associada nas últimas 12h a dor torácica retroesternal. À admissão com PA 124/89 mmHg, apirético, taquicardia de 140 bpm, em fibrilhação auricular (FA) confirmada por eletrocardiografia. Assumido quadro de Insuficiência Cardíaca Aguda precipitada por Fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida de novo com duração indeterminada, tendo iniciado hipocoagulação e diurético endovenoso. NT-proBNP à admissão de 3493 pg/mL. Pelo difícil controlo da frequência cardíaca, foi proposto para cardioversão elétrica mas não foi realizada por crise tónico-clónica generalizada, inaugural e única, sem défices neurológicos focais associados. AngioTC-Cerebral sem evidência de lesão vascular ou hemorrágica aguda e sem oclusão de grande vaso. No internamento realizou Ecocardiograma transesofágico que descreveu a presença de estrutura móvel arredondada de 6mm com pedículo na face aórtica da cúspide coronariana direita sugestiva de fibroelastoma. Sem sinais de infeção e hemoculturas negativas. Apresentou boa resposta diurética endovenosa e controlo da frequência cardíaca. Realizou também RMN-Cerebral que identificou apenas escassos focos de hipersinal T2/FLAIR na substância branca periventricular e subcortical profunda frontoparietal, de provável etiologia microvascular crónica. Teve alta com terapêutica modificadora de prognóstico e hipocoagulação e foi orientado para consulta externa de Medicina - Insuficiência Cardíaca, Cirurgia Cardiorádica e Neurologia.

Os fibroelastomas papilares podem surgir em qualquer superfície do endocárdio, sendo mais comuns na válvula aórtica (50-80%), na face aórtica. Podem associar-se a graves complicações, como eventos embólicos sistémicos, enfarte agudo do miocárdio ou acidente vascular cerebral. A excisão cirúrgica é recomendada para todos os doentes sintomáticos, sendo que o diagnóstico é feito por histologia.

Ozonoterapia e espondilodiscite severa

**Inês Isabel de Campos Pereira; Rúben Carvalho; Ana Jorge Martins; Magda Gonçalves;
Maria João Faria; Cristina Valente; Cátia Pereira**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

As técnicas de medicina alternativa têm vindo a ganhar popularidade. A ozonoterapia consiste na administração de ozono por diferentes métodos, sendo promovida como tratamento de patologias inflamatórias e controlo da dor, apesar da ausência de regulamentação em Portugal e das potenciais complicações associadas.

Caso Clínico

Homem, 52 anos, autónomo, com antecedentes pessoais de sarcoidose sem terapêutica dirigida, recorreu ao serviço de urgência por lombociatalgia intermitente de longa data, agravada no mês anterior, associada a impotência funcional progressiva da região lombar e do membro inferior esquerdo. Não apresentava resposta à analgesia com diclofenac. Negava febre, mas referia episódios frequentes de sudorese. Trazia consigo uma ressonância magnética da coluna lombossagrada, realizada 2 dias antes noutra instituição, que evidenciava espondilodiscite em L4-L5, além de múltiplos abscessos paravertebrais; localizados nos músculos da goteira para-espinhosa direita, psoas direito, ilíaco direito, ilíaco esquerdo e glúteo mínimo esquerdo. Questionado, o doente referiu ter realizado procedimentos de ozonoterapia, com injeções de ozono no ombro direito e na região lombar L4-L5, tendo realizado 4 sessões nos 3 meses anteriores, incluindo uma sessão 4 semanas antes e outra 2 semanas antes do evento descrito. Ao exame objetivo, apresentava-se apirético, com dor à palpação da coluna lombar e à mobilização ativa e passiva do membro inferior esquerdo, com incapacidade total para marcha. Não apresentava sinais inflamatórios. Foi realizada drenagem percutânea do abscesso para-espinhoso direito e iniciada antibioterapia empírica com vancomicina e cefepime. O doente foi internado com diagnóstico de espondilodiscite. A cultura do líquido drenado revelou *Staphylococcus aureus* resistente à metilina. O doente encontra-se atualmente em tratamento, com melhoria da dor e dos parâmetros inflamatórios, mas persistência da impotência funcional do membro inferior esquerdo.

Conclusão

O aumento da realização de ozonoterapia aliado à ausência de regulamentação, tem à identificação de complicações graves, com risco de sequelas permanentes. É fundamental inquirir os doentes sobre a utilização destas práticas, para permitir diagnóstico e terapêutica adequados.

Limb-shaking syndrome – ver para crer

Pedro Dinis Avelar¹; Margarida Palermo²; Vasco Fonseca²; Joana Neiva Correia²; Miguel Saianda Duarte²; Armanda Duarte²; Ana Arraiolos²; Tânia Lampreia²; Vanessa Silva²

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO OESTE, EPE

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

O *Limb shaking Syndrome* (LSS) é uma manifestação neurológica rara, caracterizada por movimentos involuntários, hipercinéticos e paroxísticos de um membro, frequentemente associados a estenose pré-obliterativa do sistema carotídeo, com risco elevado para acidente vascular cerebral (AVC) por hipoperfusão. O seu diagnóstico é desafiante, sendo muitas vezes interpretado como fenómeno epiléptico ou extrapiramidal.

Homem, 66 anos, com antecedentes: dislipidemia, hipertensão essencial, tabagismo e etanolismo activos, doença ateromatosa arterial periférica e carotídea grave, submetido a bypass carótida comum esquerda – carótida interna (ACI) direita por oclusão do tronco arterial braquiocéfálico. Medicado com Ácido Acetilsalicílico 100 mg e Rosuvastatina 20 mg.

Admitido no Serviço Urgência (SU) por movimentos involuntários do membro superior esquerdo (MSE), autolimitados e paroxísticos, com Tomografia Computadorizada do Crânio (TC CE) e Eletroencefalograma (EEG) sem alterações. Ressonância Magnética Crânio (RM CE) com lesão justa cortical parietal posterior direita, provável etiologia vascular. Assumidas crises epilépticas focais motoras, sintomáticas agudas a AVC isquémico, iniciou Levetiracetam. Readmitido após 5 dias, por novo episódio de movimentos involuntários do MSE e diminuição de força associada. Objetivaram-se movimentos mioclónicos distais, duração de segundos, discreta parésia e hipoestesia no exame neurológico. TC CE sem lesões agudas e Angio TC com estenose de 70% ACI direita e oclusão da ACI esquerda. O vídeo-EEG documentou os movimentos involuntários e excluiu atividade epileptiforme concomitante. A RM CE demonstrou lesões isquémicas agudas em território de barreira bilateral.

Este caso documenta em vídeo o LSS, exemplificando as dificuldades de diagnóstico semiológico e etiológico desta entidade. Sendo uma forma pouco frequente de apresentação de acidente isquémico transitório, salientamos a importância desta demonstração para o seu reconhecimento, tratamento atempado e redução do risco de AVC nestes doentes.

Linfadenopatia Dermatopática - nem tudo o que parece é!

Pedro Dinis Avelar; Manuel Ribeiro; Diogo Neves; Beatriz Marquês; Jorge Governa; Marina Coelho; Daniel Duarte; Selma Fernandes; Sérgio Borges; Ana Costa; Rosa Amorim

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO OESTE, EPE

Tema: Doenças hematológicas

Linfadenomegalia é um achado anómalo, mas frequente, durante o exame físico do doente, com uma variedade de causas entre as quais: doenças infecciosas, inflamatórias ou autoimunes, e neoplasias. A sua classificação em periférica ou generalizada auxilia no diagnóstico diferencial.

Os autores descrevem o caso de um homem de 70 anos, admitido no Serviço de Urgência por quadro de mal-estar súbito e sudorese profusa. Antecedentes pessoais: Polimialgia Reumática e Osteoporose. Objetivamente: Vigil, eupneico, apirético (36.5°C), normotenso e normocárdico. Auscultação Cardíaca e Pulmonar normal. Adenomegalias bilaterais inguinais palpáveis. Sem lesões cutâneas visíveis. Laboratorialmente com Leucocitose (12500/ μ L) com neutrofilia (11860/ μ L), d-dímeros 1400 ng/mL, Proteína C-Reativa (PCR) 0.1 mg/dL. “Tomografia Computorizada (TC) Torácica com contraste: incontáveis adenomegalias agrupadas e difusas no mediastino, a maior paratraqueal direita (20 mm), pequenas adenopatias supraclaviculares. Sem lesão pleuropulmonar, sem defeitos de preenchimento da circulação venosa pulmonar.”

Internado com diagnóstico de Linfadenopatia Generalizada de etiologia a esclarecer.

Do estudo laboratorial e imagiológico realizado excluiu-se neoplasia maligna.

Tomografia por Emissão de Positrões (PET-TC): (...) Metabolismo anómalo supraclavicular direito, mediastínico - pré vascular, retrocarinal direito, hilo pulmonar e contralateral. Punção aspirativa por agulha fina (PAAF) ecoguiada supraclavicular direita - citologia: população linfóide polimórfica e abundantes macrófagos (SOX 10 e pS100 Negativos), pigmento melânico, sem células neoplásicas, admitindo-se Linfadenopatia Dermatopática (DL).

A DL é uma entidade rara, benigna, de hiperplasia paracortical dos gânglios linfáticos, com maior envolvimento das cadeias cervicais e inguinais. Frequentemente associada a dermatoses: eritrodermia psoriática, micose fungóide (MF) e Síndrome de Sézari. A PAAF é o padrão ouro do diagnóstico. Existem poucos casos na literatura, como o caso apresentado, sem atingimento cutâneo associado, sendo a DL um desafio médico pela sua baixa prevalência e pelo diagnóstico diferencial com doenças linfoproliferativas graves (Linfoma de Hodgkin, Histiocitose de Langerhans, Sarcoma Mielóide).

Um caso menos frequente de rabdomiólise por estatinas

Ana Maria Teodoro¹; Ana Leão²; Alice Mesquita¹; António Galzerano¹; Ana Elisa Teles¹; Pedro Rainho¹; Tiago Judas¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

² INSTITUTO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

As miopatias inflamatórias (MI) são um grupo raro de doenças autoimunes que afetam múltiplos órgãos. A miopatia necrotizante imunomediada (MNI) representa uma MI específica do músculo, onde os anticorpos (AC) têm um papel fundamental. O tratamento inclui glucocorticoides, imunossuppressores e imunoglobulina humana (IVIg).

Caso clínico

Doente do sexo feminino, 95 anos, autónoma, com antecedentes relevantes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 (DM), dislipidemia, cardiopatia isquémica e internamento em 2019 por rabdomiólise, com suspensão de estatina. Seguida em consulta de Medicina Interna, assintomática até 2023, quando iniciou quadro de mialgias, diminuição da força muscular e limitação funcional, objetivando-se tetraparésia proximal hiporreflexica assimétrica. Analiticamente com agravamento importante da rabdomiólise, elevação da velocidade de sedimentação, ferritina e desidrogenase láctica. Autoimunidade com AC anti-nucleares 1/320. Função tiroideia e estudo de etiologia infecciosa inocentes. Eletromiografia com sinais de neuropatia e miopatia. Ressonância magnética nuclear das coxas com atrofia simétrica dos músculos ísquio tibiais. Biópsia muscular com aspetos de MI, de provável etiologia tóxico-medicamentosa imuno-mediada. Estudo de neoplasia oculta por tomografia computadorizada de corpo inocente. Admitiu-se MNI confirmado pelo doseamento de AC 3 hidroxi 3 metilglutarilcoenzima A redutase. Iniciou prednisolona, não tolerada por descompensação da DM, pelo que se optou por ciclos de IVIg com descida de creatinafosfoquinase e recuperação da autonomia completa. Mantém programa regular de IVIg.

Discussão

Os autores apresentam um caso de MI pouco frequente, com agravamento clínico e analítico apesar da suspensão de estatina e cujo diagnóstico permitiu o início de terapêutica imunomoduladora com excelente resposta. Salienta-se a importância do reconhecimento deste tipo de MI tendo em consideração a elevada taxa de prescrição de estatinas na população em geral.

Infecção disseminada por *Nocardia cyriacigeorgica*: Um caso de bacteremia com abscessos múltiplos

Ana Rita Antunes; Mariana Teixeira; Diogo Macedo; Sara Henriques; Inês Pinto; Rita Menezes; Filipe Breda

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A *Nocardia cyriacigeorgica* é um agente raro de infeções oportunistas, com bacteriémia documentada em apenas 138 casos nos últimos 20 anos.^[1] Apesar disso, a sua incidência tem aumentado, sobretudo em doentes imunocomprometidos.^[2,3] Descreve-se um caso de bacteriémia com envolvimento multiorgânico, destacando a gravidade desta infeção.

Caso Clínico

Homem, 70 anos, sob prednisolona 40 mg/dia por doença inflamatória em investigação, recorreu ao serviço de urgência por febre, dispneia progressiva e tumefações subcutâneas dolorosas com uma semana de evolução. Objetivamente, apresentava-se com hipotensão, PA 80/44 mmHg, hipoxemia, com SpO2 91%, e tumefações subcutâneas no flanco direito, região medial da coxa e trocantérica esquerdos, móveis e indolores. Analiticamente apresentava leucocitose [$22,44 \times 10^3/\mu\text{L}$], neutrofilia [$21,36 \times 10^3/\mu\text{L}$] e elevação da proteína C-reactiva [24,67 mg/dL]. Admitido para estudo e iniciado ceftriaxone empiricamente. No internamento, o doente desenvolveu ataxia da marcha e fraqueza no membro inferior esquerdo. Realizou-se ressonância magnética craniana, que revelou dois abscessos piogénicos. As hemoculturas identificaram *Nocardia cyriacigeorgica*, também isolada no líquido de drenagem da tumefação do flanco direito. Imagiologicamente, observaram-se múltiplos abscessos nos ossos, músculos e tecido subcutâneo. Devido ao envolvimento multiorgânico e do sistema nervoso central, a antibioterapia foi alterada para cotrimoxazol, imipenem e amicacina. A discussão multidisciplinar concluiu ausência de benefício em abordagem cirúrgica. Após 4 semanas de antibioterapia, o doente teve alta apirético, com resolução imagiológica das lesões, mantendo-se sob cotrimoxazol e linezolid, orientado para consulta de Medicina Interna.

Discussão

Este caso ilustra a importância do diagnóstico precoce e sublinha a necessidade de considerar agentes atípicos em infeções graves e multissistémicas, instituindo tratamento individualizado e adequado.

Bacteriemia por *Salmonella* não tifóide: pista para neoplasia gástrica com metástase óssea isolada

Ana Rita Antunes; Diogo Macedo; Inês Pinto; Sara Henriques; Rita Menezes; Andreia Freitas

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

A *Salmonella* não tifóide [NTS] é uma causa comum de infeções gastrointestinais autolimitadas, podendo tornar-se invasiva em imunocomprometidos. Em casos de bacteriemia por NTS sem fatores de risco, é essencial investigar causas imunossupressoras subjacentes.

Caso Clínico

Mulher, 65 anos, hipertensa e dislipidémica, recorreu ao serviço de urgência por dor lombar e cervical não controladas com um mês de evolução, sem outros sintomas. Objetivamente taquipneica, insuficiência respiratória tipo I, subfebril, 37.7°C, dor à palpação da coluna vertebral e dor abdominal generalizada. Analiticamente, com elevação da proteína C reactiva [28.88 mg/dL], da fosfatase alcalina [555 U/L] e trombocitopenia [21x10E3/uL]. Sem alterações na ecografia e tomografia abdominais ou na angiotomografia de tórax. Iniciada oxigenoterapia e ceftriaxone empírico. Por agravamento de insuficiência respiratória e por prostração, internada por sépsis de origem desconhecida na unidade de cuidados intermédios.

No decorrer do internamento, identificada *Salmonella enterica* em hemoculturas. Por queixas de dor na coluna incapacitante, e sem etiologia definida, realizou ressonância magnética à coluna com evidência de alterações nas vértebras cervicais, torácicas, lombares e sacradas, sugestivas de neoplasia secundária. A endoscopia digestiva alta requisitada em contexto de estudo de neoplasia primária, revelou um adenocarcinoma gástrico de células em anel de sinete, sem linfadenopatia ou outras metástases no restante estudo. A biópsia óssea posteriormente realizada identificou o mesmo tipo de neoplasia.

Apesar das medidas instituídas, a evolução da doente foi desfavorável, com internamento na unidade de cuidados intensivos por choque hemorrágico por hemorragia digestiva alta de úlcera gástrica. Após alta da unidade, a doente manteve deterioração do estado geral e funcional, acabando por falecer.

Discussão

Este caso ilustra uma rara apresentação de adenocarcinoma gástrico, caracterizado por metastização óssea isolada, identificada durante o estudo de bacteriemia por *Salmonella* não tifóide em doente sem sintomas gastrointestinais e que não apresentava imunossupressão previamente conhecida.

Miopatia Inflamatória – Uma apresentação pouco comum

Ana Lourenço Jardim; Cátia Barra; Ana Filipa Fernandes; Elsa Gaspar; Inês Fonseca; Isabel Fonseca; Lèlita Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

As miopatias inflamatórias caracterizam-se por queixas e défices musculares, associadas habitualmente a elevação das enzimas de lise muscular.

Caso Clínico

Homem, 66 anos, sem antecedentes pessoais de relevo.

Internado inicialmente por cefaleia associada a alterações da visão e febre. Analiticamente com anemia normocítica e normocrómica, trombocitose e elevação dos parâmetros inflamatórios (VS ~80mm/h, PCR ~41mg/dL). Sem contexto epidemiológico ou foco infeccioso identificado. Pela suspeita de arterite de células gigantes, iniciada corticoterapia com melhoria sintomática.

Internado novamente 1 mês depois, por manutenção de picos febris, associados a mialgias simétricas a nível proximal dos membros inferiores (MI), com repercussão na deambulação. Objetivamente com fraqueza da cintura pélvica, sem limitação da cintura escapular ou manifestações cutâneas. Sem sintomas constitucionais. Analiticamente sem elevação dos parâmetros de lise muscular ou outras alterações de relevo. Estudo autoimune negativo. Excluída neoplasia oculta. PET FDG18 sem focos de hiper captação. Eletromiografia (EMG) sem evidência de alteração da condução muscular. Pela hipótese de miopatia associada a corticóides, reduzida dose de corticoterapia, com parcial melhoria clínica.

Pela manutenção das queixas, é repetida nova EMG 3 meses depois, onde são evidenciados sinais de lesão muscular nos músculos proximais dos MI. Efetuada posteriormente biópsia, que revelou o diagnóstico de miopatia inflamatória.

Iniciada azatioprina em associação a corticoterapia, com melhoria franca das queixas e descida sustentada dos parâmetros inflamatórios.

Discussão

As mialgias são uma entidade vasta, que levanta várias hipóteses de diagnóstico. Este caso espelha a dificuldade que, por vezes, a prática clínica nos coloca. Apesar de a clínica ser sugestiva, nem sempre os exames complementares são inicialmente compatíveis, sendo necessário um esforço adicional até atingir o diagnóstico final.

Sarcoma de Kaposi Iatrogénico-Um Caso Incomum

Catarina Bico Filipe; Telma Costa Cabral; Ana Rita Ambrósio; Isménia de Oliveira; Ana Grilo
Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

O Sarcoma da Kaposi (SK) é causada pelo vírus herpes humano 8 (HHV-8) e classifica-se em: epidémico, associado à infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), iatrogénico, em contexto de imunossupressão farmacológica, endémico, mais comum na África Equatorial, e clássico, em homens mais velhos mediterrânicos ou da Europa Oriental. A principal manifestação é o aparecimento de pápulas/placas ou nódulos não dolorosos e não pruriginosos de coloração violeta/azulada.

Caso Clínico

Homem, 53 anos, melanodérmico, com história de nefropatia membranosa (NM) sob prednisolona e ciclofosfamida. O doente referia dor abdominal, enfartamento pós-prandial, anorexia e febre. Estava em dia 6 de amoxicilina/ácido clavulânico e tinha cumprido 4 dias de azitromicina por infeção respiratória com início uma semana antes. Ao exame objetivo salientava-se dor à palpação do epigastro e edema maleolar bilateral. Tomografia computadorizada abdomino-pélvica revelou perda do plano de clivagem entre a região cefálica do pâncreas e o duodeno e presença de várias adenopatias mesentéricas e peripancreáticas, algumas necróticas. Colocaram-se as hipóteses de neoplasia do pâncreas, pancreatite da goteira duodeno-pancreática e tuberculose. Do estudo durante o internamento destaca-se: serologias negativas para VIH, hemoculturas, incluindo para Bacilo de Koch, negativas e endoscopia digestiva alta reveladora de mucosa do corpo gástrico com áreas lobuladas e hiperemiadas e bulbo e 2ª porção do duodeno com áreas semelhantes. A histologia destas lesões mostrou neoplasia fusocelular e a imunohistoquímica foi compatível com SK. Perante ausência de lesões cutâneas, assumiu-se SK iatrogénico de envolvimento apenas gastroduodenal.

Discussão

No SK o envolvimento das mucosas e órgãos viscerais, habitualmente, ocorre posteriormente às manifestações cutâneas. Neste caso, temos um SK de envolvimento exclusivamente visceral.

Entre a Infecção e a Inflamação: Um Caso de Pneumonia Organizativa

Ana Luísa Maceda Rodrigues; Ana Cristina Peixoto; Margarida Miguel Paraíso; Mariana Lobo Oliveira; Luís Nogueira Silva; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças respiratórias

Introdução

A pneumonia organizativa (PO) é uma doença pulmonar intersticial rara. O diagnóstico é de exclusão, e é caracterizada por uma resposta favorável à corticoterapia.

Caso clínico

Mulher de 88 anos, com história médica prévia de asma. Clínica de tosse produtiva, dispneia e febre com 2 semanas de evolução, tendo já cumprido 7 dias de antibioterapia com amoxicilina/ ácido clavulânico. Recorre ao Serviço de Urgência por ausência de melhoria.

Do estudo complementar realizado, a destacar: PCR Influenza A positiva, mas antígeno negativo; antígeno *S. pneumoniae* na urina positivo; analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios; Gasometria com insuficiência respiratória tipo1; radiografia torácica com imagem de consolidação no hemitórax direito.

Foi internada no Serviço de Medicina Interna com piperacilina/tazobactam, assumindo-se falência da antibioterapia prévia.

Evolução clínica e analítica favorável nos primeiros dias de internamento, com resolução da insuficiência respiratória e apirexia. Ao 4º dia de antibioterapia, recrudescência da febre e nova elevação de parâmetros inflamatórios, sem necessidade de oxigenoterapia e com tosse esporádica e não produtiva. Realizou TC tórax para exclusão de complicações, que referiu infiltrados em vidro despolido associados a consolidações, bilateralmente.

Por suspeita de pneumonia organizativa em contexto pós-infeccioso, realizou ainda broncofibroscopia com lavado broncoalveolar que revelou linfocitose com predomínio de CD8. Estudo microbiológico negativo.

Iniciada corticoterapia com prednisolona (1mg/kg) com rápida melhoria sintomática e analítica, tendo tido alta referenciada para a consulta de Pneumologia.

Discussão

Como frequentemente ocorre na PO, este caso foi inicialmente interpretado como uma pneumonia, sem melhoria clínica apesar da antibioterapia de largo espectro instituída. As alterações descritas na TC e a ausência de resposta à antibioterapia foram dados muito sugestivos de PO. Com o início da corticoterapia preconizada nestes casos, a evolução clínica foi favorável.

Síndrome de Secreção Inapropriada de Hormona Antidiurética como efeito adverso do Escitalopram

Joana Soares Queirós; André Ferreira; Rita Almeida; Alexandra Rodrigues; Cátia Martins; Teresa Faria

SESARAM

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A síndrome de secreção inapropriada de hormona antidiurética (SIADH) caracteriza-se por hiponatremia hipoosmolar euvolémica. A hiponatremia grave é uma emergência médica que pode manifestar-se com sintomatologia grave, inclusivamente coma e paragem cardiorespiratória. Apesar de raro, os SSRI (Selective Serotonine Reuptake Inhibitors) podem ter como efeito secundário o desenvolvimento de hiponatremia por SIADH, sendo que entre os SSRI, o escitalopram apresenta a menor incidência deste efeito adverso.

Caso clínico

Mulher de 78 anos com antecedentes pessoais de dislipidemia e trombose ocular esquerda, sob atorvastatina e aspirina, com início recente de pregabalina e escitalopram. Recorre ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de tonturas e cefaleia intensa com início no próprio dia. Ao exame objetivo encontrava-se ansiosa, hemodinamicamente estável, euvolémica, com marcha de base alargada, sem outras alterações ao exame neurológico. Analiticamente com evidência de hiponatremia de 120mmol/L com hiposmolaridade sérica. Sem outras alterações analíticas. Realizou TC crânio-encefálico com contraste sem alterações de relevo.

Fez correção de hiponatremia com solução salina hipertónica, com normalização dos níveis sanguíneos de sódio (Na), à saída com Na 134 mmol/L. Por suspeita de SIADH secundário à toma de escitalopram, foi sugerida interrupção deste fármaco, iniciando mirtazapina. Teve alta orientada para consulta de Medicina Interna.

Dois meses após suspensão de escitalopram apresentava níveis de sódio, osmolaridade plasmática, sódio urinário e osmolaridade urinária normais. Desde então mantém-se sem alterações eletrolíticas e sem quaisquer queixas.

Discussão

Este caso clínico demonstra a possibilidade de desenvolvimento de hiponatremia por SIADH como efeito secundário dos SSRI, uma repercussão rara, facilmente corrigível se reconhecida precocemente, mas potencialmente grave.

Nem tudo é alergia: O grande fingidor ataca novamente

Carolina Almeida Robalo; Ana Teixeira Reis; Letícia Garcia Naben; Pedro Carreira; Ermelinda Pedroso

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA ARRÁBIDA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Na prática médica atual, o diagnóstico de sífilis muitas vezes é negligenciado devido à sua apresentação variável e ao fato de ser facilmente confundida com outras doenças dermatológicas ou infecciosas.

Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino de 75 anos com insuficiência cardíaca (IC). Trata-se de um doente acompanhado por cardiologista desde 2017 por cardiopatia dilatada isquémica com enfarte anterior e PCI da DA em 2010. Em 2015, foi diagnosticado com necrose septal extensa e fração de ejeção ventricular esquerda (FEVE) de 32%, e em 2017, foi implantado um CDI.

Manteve sempre com seguimento regular e tentativa de titulação de terapêutica neuro-hormonal modificadora de prognóstica de IC. No entanto, a titulação terapêutica foi limitada por desenvolvimento de rash após introdução de IECA. Foram feitos vários ajustes terapêuticos assumindo eventual quadro de alergia / hipersensibilidade, havendo sempre persistência do referido rash. Por esse motivo foi solicitada avaliação por Medicina Interna.

Confirmou-se rash maculo papular com alguns meses de evolução, difuso, com envolvimento de membros e tronco, não poupando a região palmo-plantar. Impunha-se na altura diagnóstico diferencial com outras causas de rash com envolvimento palmo-plantar que não toxidermia, vindo-se a confirmar diagnóstico de sífilis. Fez tratamento com penicilina com resolução do quadro. A par disso, foi titulada de terapêutica neuro-hormonal modificadora de prognóstica de IC apresentando no último ecocardiograma TT recuperação da função do VE - FEVE de 49%.

A sífilis pode manifestar-se de forma assintomática ou com sintomas que imitam doenças comuns, como erupções cutâneas, úlceras ou lesões mucosas. Além disso, a evolução para estadios mais graves, como a sífilis secundária ou terciária, pode ocorrer de forma silenciosa, o que faz com que a doença seja sub-diagnosticada. A falta de triagem sistemática e a menor ênfase no diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), bem como o estigma associado a essas doenças, contribui para o esquecimento da sífilis na prática clínica.

Entre a Paraparésia e a Restrição de Crescimento: um Caso Clínico complexo

Ana Sofia S Soares; Ana Maria Baltazar; Lillia Savka; João Francisco Martins; Joelma Mendes; Inês Carvalho Santos; Nuno Reis Carreira

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, EPE / HOSPITAL DE SANTA MARIA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A paraparésia espástica tropical (PET) é uma mielopatia progressiva associada à infeção pelo vírus linfotrópico da célula T humana (HTLV), com afeção sensitivo-motora e autonómica, frequente em regiões equatoriais. O cor triatriatum (0.1-0.4% das cardiopatias congénitas) e o foramen ovale patente (FOP) representam causas de restrição de crescimento.

Caso Clínico

Homem, 26 anos, evacuado da Guiné-Bissau por cansaço fácil e edema dos membros inferiores com 4 anos de evolução e febre, perda ponderal, fraqueza dos membros inferiores e retenção urinária com 1 mês de evolução. Destaca-se baixa estatura (145cm), emagrecimento, membros arqueados, dor no flanco esquerdo e fraqueza dos membros inferiores com incapacidade para a marcha. Laboratorialmente com leucopenia, neutropenia e linfopenia, trombocitopenia, parâmetros inflamatórios elevados e lesão renal aguda; urina II patológica. Pielonefrite bilateral documentada em TC, tendo cumprido antibioterapia dirigida. TC lombar excluiu espondilodiscite. Ecocardiograma transesofágico detetou FOP e cor triatriatum, e excluiu endocardite infecciosa.

Sem déficit de tiamina, mas com déficit grave de vitamina D e folatos. Cintigrafia óssea excluiu raquitismo.

Endoscopia digestiva alta revelou duodenite e gastrite crónica; colonoscopia sem alterações. IGRA, serologias para Trypanossoma e Doença de Whipple negativos. Serologia HTLV-1 positiva. Eletromiografia com polineuropatia axonal não desmielinizante sensitivo-motora, associada a infeção por HTLV no contexto de PET e folatopénia.

Recuperação de marcha autónoma após fisioterapia.

Discussão

Este caso complexo e desafiante chama à atenção da PET, sobretudo em doentes que se apresentam com fraqueza muscular insidiosa associada a alterações autonómicas, como a retenção urinária. A infeção urinária com retenção urinária representou um fator confundente no diagnóstico diferencial. As malformações cardíacas e déficits nutricionais justificam a restrição de crescimento.

Gardnerella vaginalis, um agente raro de pneumonia: um caso clínico

Ana Martins da Costa¹; Leonor Mendonça¹; José Alves²; Paula Martins da Costa¹; Rita Rego¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÓNIO

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE VISEU DÃO-LAFÕES

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A *Gardnerella vaginalis* é um bacilo Gram variável de crescimento fastidioso comensal da flora vaginal. É raro o isolamento em homens, encontrando-se associado a infeções do trato gastrointestinal ou genitourinário.

Caso Clínico

Homem, de 57 anos. Antecedentes de tabagismo e linfoma do Manto estadio IV, em remissão sob esquema de manutenção com rituximab. Quadro arrastado, com 2 meses de evolução de tosse com expectoração mucopurulenta, tendo cumprido ciclo prévio de antibioterapia. Por ausência de melhoria clínica realizou tomografia do tórax pela consulta externa de Hematologia a evidenciar áreas de consolidação multifocais e lavado broncoalveolar (LBA). Recorreu ao serviço de urgência por quadro de febre e shivering. À admissão febril, sem outros achados, gasimetricamente sem insuficiência respiratória e analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios. Internado para realização de antibioterapia endovenosa de largo espetro, dada a imunossupressão e falência terapêutica prévia. O LBA apresentou predomínio de neutrófilos e isolamento de *G. vaginalis*, assumindo-se pneumonia a esse agente. Cumpriu ciclo com Piperacilina/Tazobactam com evolução favorável.

Discussão

A *G. vaginalis* é um agente associado principalmente a vaginose bacteriana em mulheres. É uma bactéria revestida por fímbrias, formando um biofilme que permite maior aderência ao epitélio vaginal. Na literatura estão descritos poucos casos de infeções noutros locais; os casos publicados de infeções do trato respiratório foram em doentes ventilados nos cuidados intensivos. Este isolamento suscitou discussão multidisciplinar, perante o exame cultural com crescimento abundante (contagem $>10^4$ UFC/mL) na ausência de crescimento de outro agente e características do LBA, assumiu-se como causador do quadro de pneumonia. Dado seu revestimento por fímbrias, é provável que este patógeno tenha sido capaz de se fixar ao epitélio pulmonar desta forma, no entanto, não é claro como o organismo foi transmitido. O doente evoluiu favoravelmente nos meses seguintes.

Diagnóstico tardio de Trombocitose Essencial

**Ana Luísa Maceda Rodrigues; Ana Cristina Peixoto; Margarida Miguel Paraíso;
Mariana Lobo Oliveira; Pedro Rodrigues; Arsénio Barbosa; Francisco Nóvoa; Jorge Almeida**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A trombocitose essencial (TE) é uma neoplasia mieloproliferativa crónica, caracterizada pela proliferação descontrolada de células mieloides. A TE manifesta-se principalmente pela produção excessiva de plaquetas, com tendência para o aumento de eventos trombóticos e hemorrágicos.

Caso clínico

Mulher de 45 anos. Com antecedentes de quadro arrastado de dor no pé direito, com anos de evolução, tendo recorrido a várias consultas mas sem diagnóstico conclusivo. Apresentou evolução desfavorável, com isquemia grave e necrose dos dedos do pé direito. Efetuada tromboembolectomia íleo-femoral distal, com remoção de material embólico e posterior tentativa de revascularização distal com fibrinólise intra-arterial, sem sucesso, e com necessidade de amputação transmetatársica em 2020. Enviada à consulta de Medicina Interna - Risco Cardiovascular para estudo etiológico.

Do estudo efetuado: analiticamente sem alterações relevantes, à exceção de trombocitose (plaquetas > 567000/L; estudo autoimune negativo; eco-doppler vasos pescoço e transcraniano sem evidência de estenoses significativas. Pedida mutação JAK2, que se revelou positiva.

Referenciada para a consulta de Hematologia, onde iniciou peginterferon alfa 2b, com boa tolerância, e manutenção de rivaroxabano 20mg. Realizou ecografia abdominal, sem evidência de esplenomegalia. Continua com seguimento na consulta de Medicina Interna - Risco Cardiovascular, para controlo de fatores de risco cardiovasculares e na consulta de Hematologia. Mantém-se assintomática, sem novos episódios trombóticos ou hemorrágicos.

Discussão

A avaliação de um doente com trombocitose passa pela distinção entre causas primárias ou reativas. A mutação JAK V617F está presente em cerca de 50-64% dos doentes com TE. Menos frequentemente, pode associar-se a mutações em outros genes como CALR e MPL. A maioria dos doentes, quando tratados, têm uma sobrevida semelhante à da maioria da população, no entanto a idade avançada, história de eventos trombóticos e outros fatores de risco podem diminuir a sobrevida.

Quando o álcool e a diabetes se unem

Bruno Sequeira Campos; Ricardo Ascensão; Cristina Malhó; Mariana Pedrosa; Joana Filipe Leite; Renato Saraiva

ULS-REGIÃO LEIRIA

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

A diabetes pancreatogénica ou tipo 3c é um tipo de diabetes secundário a uma lesão pancreática que afeta o tecido endócrino com consequente impacto na produção de insulina. Geralmente está mais associado à pancreatite crónica, no entanto, também pode ocorrer na pancreatite aguda, fibrose quística e em neoplasias.

Apresentamos o caso de um homem de 75 anos que recorre ao serviço de urgência por quadro de perda ponderal de 11Kg, sensação de mal estar geral inespecífico e astenia com 2 meses de evolução. Traz relatório de tomografia computadorizada abdomino-pélvica a destacar um “cálculo de 5mm endoluminal no canal pancreático principal do corpo” e 2 calcificações no processo uncinado, e estudo analítico com amilase de 82 U/L, lipase 102 U/L e HbA1c 15,6%. Refere dois episódios de pancreatite aguda, diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 dois meses antes e alcoolismo. Medicado com insulina glargina, metformina/dapagliflozina e rosuvastatina/ezetimibe. O exame objetivo era inocente. Analítica e gasimetricamente destacamos hiperglicemia de 417 mg/dL, sem critérios de Cetoacidose Diabética ou Estado Hiperglicémico Hiperosmolar.

Perante os dados, assumimos clínica sugestiva de insulinoarência em contexto de diabetes associada a pancreatite crónica. Foi corrigida a hiperglicemia, iniciado esquema basal bólus e foi encaminhado para a consulta de diabetes.

Reavaliado 3 meses depois, com estudo auto-imune para diabetes negativo, com peptídeo C e doseamento de insulina normais, embora no limite inferior. Já clinicamente assintomático e com HbA1c de 6,9%.

Com este caso, pretendemos alertar e lembrar da existência deste tipo de diabetes pouco frequente e, por isso, muitas vezes subdiagnosticada, devendo ser sempre considerada perante doentes com pancreatites aguda ou crónica, independentemente da etiologia.

Arterite de Takayasu: a ambiguidade do diagnóstico de uma doença rara com clínica desafiante

Alexandra Silvestre; Francisca Lourenço Ramos; Inês Andrade; João Rio; Pedro Ferreira; Pedro Ferreira Nunes; Ana Lynce; Cândida Fonseca

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, EPE / HOSPITAL DE S. FRANCISCO XAVIER

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A Arterite de Takayasu é uma entidade rara, mais prevalente nas mulheres abaixo dos 60 anos, sobretudo asiáticas. É uma vasculite de grandes vasos que afeta sobretudo a aorta e os seus ramos principais. Dada a apresentação inicial inespecífica, o diagnóstico precoce é desafiante.

Caso Clínico

Mulher, 53 anos, caucasiana. Antecedentes de anemia ferropénica e tabagismo. Enviada do médico de família por perda ponderal de 15% em 3 meses, associada a cansaço, anorexia, hipersudorese noturna e aumento dos parâmetros inflamatórios. Analiticamente, anemia normocítica, leucocitose, trombocitose, Velocidade de Sedimentação: 80mm/h e Proteína C Reativa 11.1 mg/dl. Ao exame objetivo, diferencial >20mmHg da pressão arterial nos membros superiores, com critérios para hipertensão arterial, e assimetria dos pulsos radiais e braquiais. Excluíram-se causas neoplásicas, infecciosas, endócrinas ou gastrointestinais. A Tomografia por Emissão de Positrões revelou hipercaptação da aorta e do tronco braquiocefálico, carótidas primitivas, subclávias e axilares, sugerindo uma Vasculite de Grandes Vasos. Assumiu-se como mais provável tratar-se de uma Arterite de Takayasu e a doente iniciou terapêutica com prednisolona e introduziu posteriormente Tocilizumab e Metotrexato, com melhoria clínica e analítica.

Discussão

A Arterite de Takayasu é uma doença sistémica de diagnóstico desafiante. Os sintomas inespecíficos podem mimetizar uma grande variedade de doenças, pelo que o diagnóstico diferencial é crucial para o tratamento precoce. Analiticamente, há aumento de parâmetros inflamatórios e o exame de imagem de 1ª linha é a Angio-Ressonância. A biópsia dos vasos afetados dá o diagnóstico definitivo, mas sendo invasivo não é utilizado por rotina, utilizando-se critérios de diagnóstico tabelados para orientar para o diagnóstico mais provável. O tratamento passa por corticóides sistémicos associados a outros imunossupressores.

Primary Mediastinal Large B-Cell Lymphoma: From Atypical Presentation to Venous Thrombosis

Ana Rodrigo Costa¹; Marina Henriques²; Ana Constante²; Francisco Belchior²; Lindora Pires²

¹ CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA, EPE / HOSPITAL PADRE AMÉRICO, VALE DO SOUSA

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO TÂMEGA E SOUSA

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

Primary mediastinal large B-cell lymphoma (PMBCL) is a rare aggressive type of non-Hodgkin lymphoma that originates from thymic B cells and predominantly affects young women.

Caso clínico

A 32-year-old woman with a history of obesity presented to the emergency department with neck and upper limb pain, along with pleuritic chest discomfort. Physical examination revealed no abnormalities. ECG was normal but chest X-ray showed mediastinal widening. Laboratory results showed mild anemia, leukocytosis, thrombocytosis and elevated D-dimer levels, with negative troponin levels. Thoracic CT angiography ruled out pulmonary thromboembolism but identified a 106mm anterior mediastinal mass with mild pericardial effusion. Patient was admitted for further evaluation and biopsy of the mediastinal mass, and was discharged asymptomatic, awaiting histopathology results.

The patient was readmitted the day after discharge with new-onset dyspnea and left cervical and upper limb pain. Physical examination revealed moderate left cervical edema, with normal vital signs. A thoracic CT scan showed a thrombus occluding the distal portion of the left internal jugular vein, extending into the left brachiocephalic vein, along with an increase in size of the known mediastinal mass. The echocardiogram showed a moderate pericardial effusion, with signs of interventricular interdependence. Given the absence of clinical signs of cardiac tamponade, close monitoring was chosen. Histopathological and immunohistochemical findings were compatible with PMBCL.

The patient was transferred to the hematology department for further evaluation and treatment. After two months of DA-EPOCH-R chemotherapy, a follow-up CT scan revealed a significant reduction in the size of the mediastinal mass.

Discussão

Internal jugular vein thrombosis is a rare complication of PMBCL caused by regional tumor compression and systemic thrombogenicity. This highlights the need to monitor and manage vascular complications in cancer patients to prevent additional complications and improve outcomes.

Coma Mixedematoso - Quando o incumprimento terapêutico se transforma em Emergência

Jéssica Sobreiro Krowicki; Pedro Alexandre Lopes; Valter Duarte; Joana Melo; Ana Sofia Montez

CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA / HOSPITAL INFANTE D. PEDRO, EPE

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

O coma mixedematoso é uma emergência endocrinológica, que se caracteriza pela presença de hipotireoidismo grave. Manifesta-se, habitualmente, por alteração do estado de consciência, hipotermia e outros sintomas relacionados com a diminuição da atividade metabólica. Está associado a uma elevada taxa de mortalidade.

Caso Clínico

Mulher de 61 anos, com antecedentes de Doença de Graves, sob levotiroxina sódica por hipotireoidismo induzido pelo I131, que deu entrada no serviço de Urgência por alteração do estado de consciência, nomeadamente letargia e confusão, associada a hipotermia e hipoglicemia. A doente referia incumprimento terapêutico da levotiroxina. Ao exame objetivo, apresentava um perfil tensional hipotensivo (PA 98/60mmHg), bradicardia (FC 50bpm) e hipotermia (T° 35.6°C). Encontrava-se letárgica, com um discurso incoerente. Era evidente um fácies edemaciado, com edema labial. Do estudo analítico realizado, destacava-se uma TSH de 111.43mU/L e uma T4 indoseável. Associadamente, a doente apresentava rabdomiólise com CPK de 1495 U/L, lesão renal aguda com creatinina de 1.71mg/dL (TFG 33mL/min), embora com diurese preservada. Perante a suspeita de coma mixedematoso, iniciou levotiroxina endovenosa na dose de 200mg, com transição para oral após melhoria do estado de consciência. Gradualmente o perfil hemodinâmico foi estabilizando, assim como a função renal que normalizou, tendo a rabdomiólise também resolvido.

Conclusão

Embora atualmente se trate de uma condição clínica rara, o reconhecimento precoce do coma mixedematoso e o início atempado do tratamento são fundamentais. Destaca-se a ampla variedade de manifestações neurológicas, que podem oscilar entre a letargia e o coma, tornando, por vezes, o diagnóstico um desafio. Apesar da simplicidade do tratamento, esta emergência endocrinológica apresenta uma elevada taxa de mortalidade, exigindo, assim, um elevado índice de suspeição clínica.

Síndrome pulmão-rim por granulomatose com poliangeíte

Duarte Lima; Henrique Varejão; Ana Luísa Cadilhe; Marta Moreira; Sara Vilela; Rafaela Lopes Freitas; Ana Hipólito Reis

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A síndrome pulmão-rim (SPR) é uma condição rara, potencialmente fatal, caracterizada por hemorragia alveolar difusa (HAD) e glomerulonefrite rapidamente progressiva. A etiologia subjacente é frequentemente imunomediada, sendo as vasculites de pequeno vaso responsáveis por grande parte deste tipo de apresentação.

Caso clínico

Homem, 71 anos, com fatores de risco vascular, em estudo na consulta de Medicina por doença renal crónica não estratificada, com rápida evolução (creatinina prévia de 1.1 mg/dL, com elevação de 1.3 para 1.7 mg/dL em 3 meses), e anemia de novo (Hb 11.1 g/dL, prévio de 12.7 um ano antes). Recorre à urgência por hipoglicemia sintomática, após coriza nos 3 dias prévios. À avaliação, hipertenso (160/94 mmHg), com agravamento marcado da função renal (creatinina 5.3 mg/dL, prévio de 1.7) e acidemia metabólica (pH 7.34, pCO₂ 31 mmHg, HCO₃⁻ 16.6 mmol/L), a par de anemia agravada (Hb 7.8 g/dL, prévio de 10.6) e PCR 54 mg/L, sem outras alterações de relevo. Internado para estudo.

Evolução com anúria e insuficiência respiratória tipo 1 grave, em relação com infiltrados pulmonares bilaterais de novo, sugestivos de HAD. Agravamento simultâneo da anemia, com necessidade de suporte transfusional, assumindo-se, assim, SPR. Foi admitido no Serviço de Medicina Intensiva (SMI), onde apresentou necessidade transitória de suporte dialítico contínuo e ventilação mecânica invasiva.

Do ponto de vista etiológico, destacou-se VS>140 mm/1^ah, imunoglobulinas A e G diminuídas e anticorpo anti-MPO positivo (43 UI/mL). Assim, diagnosticada vasculite ANCA-MPO com expressão em SPR. Neste contexto, iniciada plasmaferese e terapêutica imunossupressora com ciclofosfamida e corticoterapia em alta dose, seguida de desmame segundo o protocolo PEXIVAS.

Desde então, evolução clínica, analítica e imagiológica favoráveis, a permitir suspensão de oxigenoterapia e estabilização da função renal (creatinina 2.5-3.0 mg/dL). Alta orientado para consulta de Medicina Interna e Nefrologia.

Discussão

A SPR está associada a grande morbimortalidade, sendo crucial o seu diagnóstico e tratamento precoces. Destaca-se, no presente caso, o papel da plasmaferese como parte integrante do esquema terapêutico de indução, a par da terapêutica imunossupressora, bem como o impacto deste nos *outcomes* clínicos do doente.

O Papel da Plasmaferese no Tratamento de Pancreatite Aguda Secundária a Hipertrigliceridémia

Ana Catarina Ruivo; Cláudia Ribeiro; Bruna Barbosa; Andreia Meseiro; Joana Cartucho; Mariana Almeida; Maria de Rosário Ginga; Martinho Fernandes

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ARCO RIBEIRINHO

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

A pancreatite aguda é uma condição inflamatória do pâncreas, caracterizada por dor abdominal e elevação sérica das enzimas pancreáticas. A causa mais frequente é a litíase biliar, seguida do álcool e só em terceiro lugar se encontra a hipertrigliceridémia.

Este é um caso de um homem de 42 anos, natural da Ucrânia, sem antecedentes patológicos ou toma de medicação conhecidos, sem hábitos toxifílicos nem alcoólicos. Iniciou dor com intensidade 8/10, ao nível do epigastro, com irradiação dorsal, em cinturão, sem fatores de alívio nem agravamento, com vômitos que agravavam após as refeições. Sem febre, diarreia, perdas hemáticas, sudorese ou dispneia. À observação encontrava-se apirético, com dor à palpação profunda ao nível do epigastro e hipocôndrios, sem defesa nem massas palpáveis.

Analiticamente, com lipase de 171 U/L, amilase de 22 U/L, bilirrubina total de 1.8 mg/dL, bilirrubina direta <0,1 mg/dL, AST de 64 U/L, ALT de 71 U/L, GGT de 785 U/L, sem leucocitose e com PCR de 84.7 mg/L.

Realizou ecografia abdominal, que evidenciou “densificação do tecido adiposo peripancreático em volta da cauda e da faixa pararrenal anterior esquerda, sem litíase biliar, aspectos concordantes com o diagnóstico de pancreatite aguda alitiásica.”

Com triglicéridos de 4675mg/dl e colesterol total de 1156 mg/d, foi admitido como diagnóstico mais provável o de pancreatite aguda secundária a hipertrigliceridémia. O doente foi transferido para a unidade de cuidados intensivos para realização de plasmaferese, sem intercorrências, e com descida dos valores de triglicérideos para 597mg/dL. Iniciou dieta hipolipídica, estatina e fibrato. Teve alta para consulta, clínica e analiticamente melhorado, onde mantém controlo do perfil lipídico.

Este caso pretende demonstrar o papel da plasmaferese como alternativa terapêutica aquando da necessidade de uma redução abrupta e significativa da hipertrigliceridémia.

Rabdomiólise Grave Induzida por Quetiapina: Um Desafio Diagnóstico

Sofia Almeida; Pedro Neves; Vital da Silva Domingues; Margarida França

CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, EPE / HOSPITAL GERAL DE SANTO ANTÓNIO

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A rabdomiólise é uma complicação grave associada a fármacos, sendo mais comum com estatinas. Alguns antipsicóticos, como a olanzapina, também podem induzir miotoxicidade, mas a quetiapina raramente é implicada. Apresentamos um caso raro de rabdomiólise grave secundária à quetiapina.

Caso clínico

Homem afro-americano, 27 anos, com doença bipolar, sob quetiapina e bupropion, e antecedente de rabdomiólise induzida por olanzapina.

Foi admitido por urina escura há três dias, sem febre, mialgias ou alterações neurológicas. Analiticamente, apresentava rabdomiólise grave (creatinina cinase: 208.961 U/L, mioglobina: 10880,0 ng/mL, LDH: 5.115 U/L), sem lesão renal. Iniciou hidratação agressiva, com rápida melhoria laboratorial.

O estudo imunológico foi negativo, encontrando-se em curso o estudo genético para causas metabólicas, ainda que a história clínica não sugira outras causas. Face ao histórico prévio de miotoxicidade e à ausência de fatores alternativos, assumiu-se miopatia induzida por quetiapina.

Discussão

A rabdomiólise induzida por antipsicóticos é rara, mas potencialmente grave. Embora mais frequentemente descrita com olanzapina, este caso sugere que a quetiapina pode ser um agente desencadeador subestimado.

A individualização da terapêutica psicofarmacológica e a monitorização laboratorial são essenciais para prevenir complicações como insuficiência renal. Na presença de rabdomiólise de etiologia não esclarecida, este caso reforça a necessidade de suspeição clínica elevada em doentes sob antipsicóticos e a sua monitorização.

Resistência ao Acenocumarol: Quando os Antagonistas da Vitamina K Falham

Sofia Almeida; Pedro Neves; Vital da Silva Domingues; Margarida França

CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, EPE / HOSPITAL GERAL DE SANTO ANTÓNIO

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

Os antagonistas da vitamina K (AVK) são amplamente utilizados na anticoagulação oral, mas sua eficácia pode ser comprometida por polimorfismos genéticos no gene VKORC1, responsáveis pela resistência ao fármaco. Embora os anticoagulantes orais diretos (ACOD) sejam preferidos, os AVK permanecem essenciais em populações com restrições económicas. Apresentamos um caso raro de resistência completa ao acenocumarol num doente socialmente vulnerável.

Caso clínico

Homem de 62 anos, imigrante sem documentação regularizada e em grave insuficiência económica, admitido por tromboembolia pulmonar (TEP) de risco intermédio-alto. A investigação foi inconclusiva, sendo estabelecida a necessidade de anticoagulação permanente.

Durante o internamento, iniciou enoxaparina com transição programada para acenocumarol. Apesar de ajustes progressivos, o INR e o tempo de protrombina permaneceram em doses não terapêuticas, com doses crescentes de acenocumarol. Atualmente sob 12 mg/dia, com ligeira elevação do INR (1.5) configurando resistência parcial ao AVK.

A falta de resposta impediu a alta segura e impôs desafios terapêuticos, uma vez que a manutenção de enoxaparina era inviável. Considerando a necessidade de anticoagulação eficaz, ponderada introdução de rivaroxabano.

Discussão

A resistência aos AVK, frequentemente genética, compromete o controlo terapêutico e pode levar a falha na anticoagulação. Em contextos de vulnerabilidade socioeconómica, onde o acesso aos ACOD pode ser limitado, o reconhecimento precoce da resistência ao AVK é crucial para evitar prolongamento desnecessário da hospitalização e risco de eventos trombóticos.

Este caso reforça a importância de estratégias personalizadas para anticoagulação, considerando não apenas a farmacogenética, mas também os determinantes sociais da saúde.

Ascite quilosa como apresentação de linfoma B folicular

Valter Duarte; Joana Melo; Jéssica Krowicki; Rita Figueira; Carolina Morgado; Carla Matias; Gorete Jesus

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

Ascite quilosa é caracterizada pela presença de líquido peritoneal de aspeto leitoso rico em triglicerídeos devido à disrupção dos vasos linfáticos por traumatismo ou por obstrução. Corresponde a um achado incomum com incidência de 1:20.000 casos de ascite, tendo como principais etiologias nos adultos as neoplasias malignas, cirrose, tuberculose e a lesão linfática após intervenção cirúrgica.

Caso Clínico

Homem de 64 anos, hipertenso e diabético, recorreu ao serviço de urgência por anorexia, dor abdominal e aumento do perímetro abdominal com 2 meses de evolução. Negava febre, perda de peso ou sudorese noturna. Ao exame objetivo apresentava-se com ascite sob tensão. Realizou-se paracentese com saída de líquido quiloso (GASA >1.1 com 975 células com predomínio de linfócitos, exame cultural e BK-PCR negativos), sendo internado para estudo. Estudo analítico sem alterações de relevo (sem citopenias, LDH normal, sem picos monoclonais ou relação cadeias leves alterada, serologias VIH e VHC negativas com contacto prévio com VHB). TC-CTAP com volumosas massas adenopáticas ao longo da raiz mesentérica e lombo-aórticas. Realizou-se biópsia por laparoscopia compatível com linfoma folicular clássico grau 3^a. A PET demonstrou envolvimento supra, mas sobretudo infradiafragmático, sem envolvimento de outros órgãos, sendo atribuído um estadió IV-A. Iniciou profilaxias com entecavir, valaciclovir e co-trimoxazol e tratamento com R-Benda, sem novos episódios de recorrência da ascite.

Discussão

Apesar da maior da maioria dos linfomas foliculares se apresentarem com adenopatias periféricas indolores, alguns doentes podem apresentar-se com grandes conglomerados adenopáticos mediastínicos ou abdominais, causado sintomas compressivos. Este caso ilustra a necessidade de identificar a causa da ascite quilosa para a sua resolução. Um estudo mais extenso com pesquisa de outras etiologias infecciosas ou inflamatórias e realização de linfocintigrafia para identificação do local de obstrução pode ser necessário.

Tromboembolismo pulmonar associado a nefropatia membranosa primária

Valter Duarte; Jéssica Krowicki; Joana Melo; Rita Figueira; Carolina Morgado; Carla Matias; Gorete Jesus; Telma Amorim

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO

Tema: Doenças renais

Introdução

A glomerulopatia membranosa primária (pMG) é uma doença autoimune caracterizada pela produção de autoanticorpos contra podócitos, representando cerca de 75% das síndromes nefróticas em adultos não diabéticos. Encontra-se associada a um estado de hipercoagulabilidade, predispondo ao tromboembolismo venoso.

Caso Clínico

Homem de 45 anos com dor torácica bilateral pleurítica e tosse produtiva hemoptoica 1 semana de evolução e edemas periféricos desde há 6 meses. À admissão apirético, polipneico com SatO₂ 93% em ar ambiente com crepitações bibasais, taquicardico, normotenso e com edemas até aos joelhos. Gasimetria com hipoxémia e hipocápnia sem hiperlactacidemia. Análises com leucocitose e elevação de D-dímeros e do NT-proBNP. A angioTC tórax demonstrou tromboembolismo pulmonar (TEP) central bilateral sem disfunção ventricular direita no ecocardiograma, tendo iniciado hipocoagulação. Internado para estudo, a destacar: hipoalbuminémia (2.4mg/dL) com proteinúria nefrótica (3,7g/dL em 24h) sem lesão renal e Ac anti-PLA2R positivo (80 RU/mL). Restante autoimunidade, serologias e estudo de trombofilias negativos. TC corpo sem alterações. Assumida TEP secundária a pMG. Iniciou IECA com titulação de dose. Verificou-se resolução da insuficiência respiratória e melhoria dos edemas e da hipoalbuminemia. Orientado para início de imunossupressão com rituximab por risco elevado e evento trombótico.

Conclusão

Não existe necessidade de biópsia para diagnóstico de pMG com Ac anti-PLA2R positivos e sem evidência de outra causa secundária. O tratamento deve ser dirigido consoante a classificação em grupos de risco pela probabilidade de progressão da doença. Nos casos de muito alto risco deve ser iniciada imunossupressão imediata com corticoterapia e ciclofosfamida. Nos restantes casos pode optar-se por uma vigilância apertada durante 3 a 6 meses. Se ausência de melhoria ou existência de fatores de risco como eventos trombóticos, deve ser iniciada imunossupressão com rituximab.

Uma causa inesperada de trombocitopénia isolada

Daniela Cruz; Beatriz Coutinho; João Brito; Inês Fonseca Marques; Inês Pintassilgo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

Tema: Doenças hematológicas

Os síndromes mielodisplásicas (SMD) são um grupo heterogêneo de neoplasias hematológicas que resultam de alterações clonais das células estaminais hematopoéticas, levando a displasia celular e uma ou mais citopénias. Pode existir progressão para leucemia mieloide aguda (LMA) ou falência medular e o tratamento é guiado pela sintomatologia e pelo risco de progressão.

Os autores apresentam um caso de uma mulher de 50 anos, com antecedentes pessoais relevantes de dislipidémia, sem medicação habitual, encaminhada para a consulta de Medicina Interna por trombocitopénia. A doente encontrava-se assintomática, sem alterações relevantes ao exame objetivo, analiticamente com trombocitopénia ($75 \times 10^9/L$), função hepática e tiroideia sem alterações, serologias para HIV e hepatite C e painel de autoimunidade negativos, ácido fólico e vitamina B12 dentro dos valores de referência. Realizou ecografia abdominal sem alterações. Tendo em conta a idade e estudo etiológico foi assumida púrpura trombocitopénica imune (PTI). Durante o follow-up foi diagnosticada gamapatia monoclonal IgM lambda com ratio de cadeias leves livres alterado pelo que foi efetuado mielograma com biópsia óssea, sem alterações dos plasmócitos, mas com dismegacariopoiese moderada, compatível com SMD unilinhagem. Admitiu-se trombocitopénia em contexto de SMD unilinhagem, sendo efetuada nova avaliação medular para estudo genético, que não revelou alterações, resultando numa estratificação de prognóstico de muito baixo risco.

A trombocitopénia isolada (TI) é uma forma rara de apresentação de SMD, e pode ser confundida com PTI, uma causa bastante mais comum de trombocitopénia. Estima-se que uma proporção significativa de SMD-TI seja diagnosticada de forma incorreta como PTI. O correto diagnóstico de SMD é essencial para uma estratificação prognóstica e tratamento adequados, reduzindo o risco de progressão para LMA.

Equipa Cogestão Geriátrica em Portugal – um modelo de cuidados geriátricos

**ANA MONDRAGAO; Vasco Tavares; Tiago Fernandes; Fátima Silva; Mariana Gonçalves;
Rafaela Veríssimo**

CH VILA NOVA GAIA

Tema: Medicina geriátrica

A co-gestão é definida como uma responsabilidade partilhada e tomada de decisão entre o médico assistente e um geriatra ou equipa geriátrica que colabora na prevenção e gestão de problemas geriátricos. A consultadoria a várias especialidades é fundamental porque auxilia na resolução do problema médico ou intercorrência, mas consegue também através da avaliação geriátrica global avaliar e elaborar um plano terapêutico em vários níveis de cuidados.

Num hospital central de Portugal existe uma equipa de cogestão liderada de Medicina Interna com formação em geriatria responsável pela resposta aos pedidos internos de todos os serviços do Hospital, com exceção da Pediatria. Os pedidos são respondidos até 48 horas. Em 6 meses foram avaliados 324 doentes, com cerca de 3.2 visitas médicas por doente. Cerca de 82% dos doentes tinham idade superior a 65 anos e 18% dos doentes acima dos 90 anos. A média da escala do índice de fragilidade dos doentes geriátricos foi de 4.2. O serviço com maior número de pedidos foi o de Ortopedia, seguido de Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Urologia, Psiquiatria e Neurologia. Os motivos de observação mais comuns foram a insuficiência respiratória, alteração do estado de consciência e febre. Os diagnósticos mais comuns foram a infeção respiratória, diabetes mellitus descompensada, delirium, distúrbios ácido-base e otimização pre-operatória. Cerca de 84% dos doentes melhoraram após gestão pela equipa de cogestão. Cerca das 92% das otimizações pré operatórias nos doentes geriátricos seguiram para cirurgia após avaliação pela equipa de cogestão. A mortalidade foi 5.8% e 84% das mortes ocorreu em doentes geriátricos. Cerca de 90% das mortes foram esperadas e os doentes estavam orientados sob cuidados de conforto pela Medicina Interna.

O internamento de adultos com idade superior a 65 anos constitui o “core business” dos hospitais. As equipas de co-gestão permitem abordar os doentes internados com uma visão mais holística, colaborando com as diferentes especialidades de forma a melhorar o prognóstico do doente internado. É fundamental o seu trabalho e crescimento em países em que a geriatria ainda está a crescer.

Um caso raro de tumor testicular

Catarina Tavora; Joana Rodrigues Dos Santos; Helder Oliveira Coelho; Inês Vaz Pinto

HOSPITAL DE CASCAIS

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A incidência da tuberculose (TB) extrapulmonar tem vindo a aumentar nas últimas décadas, principalmente devido à epidemia do vírus da imunodeficiência humana (VIH). A TB urogenital é a terceira forma mais comum de TB extrapulmonar.

Caso clínico

Apresenta-se o caso de um homem de 64 anos, com diagnóstico de VIH em 2019 mas com início de seguimento em consulta apenas em 2023, na altura com contagem de CD4+ 208cél/mm³, tendo iniciado terapêutica antirretroviral.

Em consulta de rotina referiu dor e aumento do testículo direito com 4 meses de evolução, negando traumatismo prévio ou outras queixas.

Ao exame objetivo apresentava uma volumosa massa palpável no testículo direito, de consistência pétrea e sem sinais inflamatórios.

A ecografia escrotal revelou assimetria dos testículos com o testículo direito de dimensões aumentadas, ecoestrutura heterogénea e consistência pétrea ao toque com a sonda.

A tomografia computadorizada torácica, abdominal e pélvica evidenciou micronódulos dispersos pelos diferentes segmentos pulmonares.

Em Consulta de Urologia o doente foi proposto para orquidectomia, sem investigação adicional. Em dezembro de 2023 apresentou drenagem purulenta espontânea no escroto, tendo realizado colheita do exsudado para exame bacteriológico e pesquisa de BAAR, que foi negativo ao exame direto e cultural.

Em janeiro de 2024 foi submetido a orquidectomia radical por suspeita de tumor maligno do testículo com metastização pulmonar.

O exame anátomo-patológico evidenciou orquiepididimite crónica granulomatosa exuberante, com extensa necrose caseosa, pelo que se assumiu o diagnóstico de TB disseminada com envolvimento testicular e pulmonar. O doente iniciou terapêutica antibacilar, com evolução clínica e imagiológica favorável.

Discussão

A tuberculose testicular é uma entidade rara que ocorre em aproximadamente 3% dos doentes com tuberculose genital. É necessário um elevado grau de suspeição clínica por poder mimetizar uma neoplasia do testículo, pelo que a discussão multidisciplinar é fortemente recomendada.

Da neoplasia pancreática ao adenocarcinoma pulmonar

**ANA CRISTINA PEIXOTO; Margarida Miguel Paraíso; Rodrigo Almeida Mota;
Ana Luísa Maceda Rodrigues; Ana Catarina Alves; Leila Amaro Cardoso; Jorge Almeida**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

A pancreatite crónica e o adenocarcinoma pancreático podem mimetizar alterações clínicas e radiológicas, tornando o diagnóstico diferencial desafiador.

Caso Clínico

Homem de 78 anos, fumador, com antecedentes pessoais de cirurgia à cabeça do pâncreas em 2001, sem registos no processo clínico. Não cumpre medicação.

Recorreu ao serviço de urgência (SU) por anorexia, perda ponderal de 25Kg em 6 meses e retorrugas com 1 mês de evolução. Ao exame objetivo, emagrecido, com mucosas desidratadas, sem outras alterações. Analiticamente sem alterações de relevo.

Internado por síndrome constitucional em estudo.

Do estudo realizado, endoscopia digestiva alta normal e baixa a mostrar doença hemorroidária. Estudo imunológico sem alterações.

Tomografia computadorizada do crânio (TC-CE) sem alterações e cervico-toraco-abdomino-pélvica (TC-CTAP) a mostrar massa de 3cm na cabeça do pâncreas sugestiva de neoplasia e nódulo espiculado de 25mm no ápice pulmonar esquerdo.

Para melhor caracterização da lesão, realizou ressonância magnética pancreática que confirmou as alterações, sugerindo neoplasia cefalopancreática.

Solicitada PET (Positron Emission Tomography) de estadiamento, com captação aumentada de radiofármaco na cabeça do pâncreas, gânglios linfáticos a nível para-traqueal bilateralmente e nódulo sólido espiculado no lobo superior do pulmão esquerdo, sugestivo de metástase.

Tendo em conta a suspeita de neoplasia cefalopancreática, realizou ecoendoscopia e biópsia do nódulo pulmonar.

Da ecoendoscopia realizada, parênquima hepático sem nódulos e pâncreas com parênquima de aspeto nodular, com estigmas sugestivos de pancreatite crónica na região cefalopancreática e biópsia com sinais de fibrose, compatível com pancreatite crónica. Da biópsia pulmonar realizada, observaram-se fragmentos do parênquima sugestivos de adenocarcinoma de origem pulmonar, com expressão de TTF1 (fator de transcrição da tiroide) e PD-L1 > 50%.

O doente foi orientado para Oncologia para início de tratamento, que aguarda.

Discussão

A marcha diagnóstica deste doente direcionou-nos desde início para neoplasia pancreática com provável metastização pulmonar.

Este caso clínico pretende mostrar a importância da biópsia na diferenciação destas duas entidades, de forma a garantir tratamento adequado.

Schistosomíase: uma apresentação rara

Teresa Afra Rosa; Vera Guedes de Sousa; Luís Duarte Costa; Alexandra Bayão Horta

HOSPITAL DA LUZ LISBOA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A schistosomíase é uma doença parasitária causada por tremátodes do género *Schistosoma*. A infeção ocorre quando a pele contacta com a forma infecciosa deste parasita, as cercárias, presentes em águas doces contaminadas, o que é particularmente comum na África Subsaariana. A infeção crónica causa uma resposta inflamatória granulomatosa aos ovos do *Schistosoma*, que pode afetar diferentes órgãos, entre os quais o intestino. As alterações climáticas favorecem o reaparecimento desta patologia em Portugal, sendo já frequentemente descrita a dermatite a cercária de uma outra espécie na baía do Alqueva.

Caso Clínico

Sexo masculino, 27 anos, natural de Angola, saudável. Recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal difusa com 8 dias de evolução, acompanhada de náuseas e vómitos. Terá sido observado em Angola por dor abdominal uma semana antes, tendo iniciado artemeter/lumefantrina e ceftriaxone por diagnóstico presuntivo de malária e infeção do trato urinário.

Ao exame objetivo, apresentava-se hipotenso, taquicárdico, com abdómen doloroso e com dor à descompressão. Realizou TC abdominopélvica, compatível com apendicite aguda complicada com perfuração. Iniciou antibioterapia e foi submetido a apendicectomia. A histopatologia da peça operatória identificou numerosos ovos de *Schistosoma* em toda a espessura da parede do órgão (imagens), pelo qual foi pedido apoio à Medicina Interna. Apurou-se contacto com coleções hídricas potencialmente contaminadas no passado, na província do Bengo, Angola. Realizou dose única de Praziquantel 40mg/Kg, com indicação para reavaliação em consulta.

Conclusão

A apendicite aguda secundária a schistosomíase intestinal é uma condição rara, mesmo em áreas endémicas, sendo na maioria das vezes um diagnóstico incidental. Este caso ilustra a importância de a histopatologia do apêndice, numa apendicite aguda, nunca dever ser descurada e alerta para o risco de reaparecimento desta zoonose tropical, a médio/longo prazo.

Bacteriemia a *Pseudomonas aeruginosa* – quando o tratamento é pior que a doença

Beatriz Furtado Maio; Nuno Maia Das Neves; Alexandra Bayão Horta

HOSPITAL DA LUZ LISBOA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A neutropénia febril é uma complicação potencialmente grave da quimioterapia. Apesar do isolamento microbiológico ocorrer em menos de 30% dos doentes, a *Pseudomonas aeruginosa* (PA) é sempre um agente a considerar na cobertura antibiótica e pode associar-se a manifestações incomuns como éctima gangrenoso (EG) e endocardite.

Caso Clínico

Mulher de 70 anos, com carcinoma invasivo da mama sob quimioterapia neoadjuvante que se apresentou com febre sem focalização. À admissão apresentava neutropénia grave (80 neutrófilos/mcL) e PCR 31,33 mg/dL (VR <0,60 mg/dL) e iniciou piperacilina/tazobactam. Houve posterior isolamento de PA em hemoculturas e clinicamente surgiu agravamento de lesões perianais necróticas já notadas na admissão. Realizou: 1) fibroscopia que mostrou úlceras necróticas do reto e canal anal, cujas biópsias sugeriam fortemente etiologia infecciosa e 2) RM pélvica que documentou ulcerações confluentes extensas e profundas do reto e canal anal, com componente necrótico, sem abscessos. Foi assumido o diagnóstico de EG anorretal, tratado de forma conservadora. A evolução inicial foi favorável, mas houve recrudescência de febre, tendo o ecocardiograma transesofágico (ETE) confirmado endocardite de válvula aórtica nativa, pelo que se associou amicacina à antibioterapia inicial. Para avaliação de focos infecciosos metastáticos realizou: 1) PET-TC que mostrou alterações pulmonares nodulares bilaterais sugestivas de embolismo séptico; 2) RM crânio sem alterações e 3) TC torácica, 2 semanas após a PET, ainda sob terapêutica anti-pseudomónica, com melhoria das alterações descritas na PET, corroborando a sua etiologia infecciosa. Cumpriu 6 semanas de antibioterapia, sem evidência de endocardite em ETE de controlo. Três meses após a alta foi submetida a mastectomia esquerda encontrando-se, à data, em remissão e sem intercorrências infecciosas.

Discussão

As infeções em doentes imunossuprimidos constituem muitas vezes um desafio diagnóstico e terapêutico. Este caso foi particularmente difícil pela gravidade da infeção com 2 manifestações infecciosas em sucessão, muito graves e potencialmente letais.

Amiloidose AL: O Infiltrado Silencioso Multissistémico

ANA RITA TOMÁS; Rodrigo Brandão; Sara Vieira Bernardo; Luísa Martinho Marques; Constança Coutinho; Jéssica Oliveira; Daniela Madeira; Teresa Branco

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE AMADORA/SINTRA

Tema: Doenças cardiovasculares

A amiloidose é um termo que designa a deposição extracelular de proteínas como fragmentos de imunoglobulinas (AL [AAL]), transtirretina (ATTR) ou amiloide sérico A (AA). É uma doença rara e as manifestações podem incluir distúrbios de condução, insuficiência cardíaca (IC), hepatomegália, nefropatia, neuropatia e outros. Apresentamos o caso de uma doente com AAL multissistémica.

Mulher de 76 anos com hipertensão arterial, diabetes e doença renal crónica, medicada com perindopril, amlodipina e nebivolol. Recorreu ao serviço de urgência por lipotimia. À admissão encontrava-se bradicárdica e o eletrocardiograma mostrou ritmo juncional. Analiticamente com hemoglobina 8,8g/dL, caliémia 5,5mmol/L, creatinina 9mg/dL, ureia 270mg/dL e NTproBNP 13471pg/mL. Assumiu-se síndrome de BRASH (bradicardia, lesão renal, bloqueio aurículo-ventricular, choque e hipercaliémia), iniciou fluidoterapia e isoprenalina e interrompeu o nebivolol. Evoluiu desfavoravelmente com alteração do estado de consciência, instabilidade hemodinâmica, anúria e acidémia metabólica, pelo que induziu hemodiálise e colocou *pacemaker* definitivo, com consequente melhoria. Da investigação da IC a destacar: ecocardiograma com disfunção diastólica e hipertrofia ventricular com função do ventrículo esquerdo preservada; hipogamaglobulinemia; cadeias *kappa* séricas e urinárias aumentadas, com rácio *kappa/lambda* de 109 e proteína de Bence Jones positiva. Por suspeita de AAL realizou biópsia da gordura abdominal e medular com análise por espectrometria de massa, que evidenciaram amiloide AL nos tecidos. Objetivou-se ainda surdez neurosensorial bilateral e elevação dos parâmetros de citocolestase, pelo que realizou ecografia abdominal, que mostrou hepatomegalia. Confirmou-se o diagnóstico de AAL com provável envolvimento cardíaco, hepático, renal e do 8º par craniano. A doente iniciou terapêutica dirigida com pouca tolerância, pelo que abandonou o tratamento e foi referenciada para cuidados paliativos.

Todas as formas de amiloidose são subdiagnosticadas em parte dada a inespecificidade das manifestações. O prognóstico depende do subtipo, mas é em geral pobre, especialmente na forma AAL, pelo que um elevado nível de suspeição perante um quadro multissistémico é essencial para garantir um diagnóstico e tratamento precoces

Polimedicação no idoso: a importância da revisão medicamentosa sistematizada

Edson Sampaio; Eduardo Doutel Haghighi; Pedro Vaz

HOSPITAL DA LUZ LISBOA

Tema: Medicina geriátrica

Introdução

Em qualquer consulta de medicina interna é fundamental realizar uma revisão medicamentosa exaustiva, desde o primeiro contacto, porém na consulta de geriatria esta atitude assume uma importância particular.

Relata-se o caso clínico de um doente no qual a revisão terapêutica conduziu a uma modificação radical do prognóstico do doente.

Caso Clínico

Homem de 81 anos de idade, trazido de cadeira de rodas à consulta de geriatria por acumulação de eventos recentes, resultando em total dependência de terceiros quer para as AVD quer para a marcha, institucionalização e, receio de desfecho desfavorável próximo (história fornecida por familiar, por incapacidade do próprio). Da avaliação geriátrica global apuraram-se: quedas de repetição, múltiplas fraturas vertebrais, dor não controlada, apatia, náuseas, vômitos, anorexia e diarreia. Dos antecedentes pessoais salienta-se hipotireoidismo, osteoporose, dislipidemia e doença do refluxo gastro-esofágico. O doente estava medicado com 12 princípios ativos que se nomeiam: tramadol+paracetamol 75+650 tid, metamizol 575mg bid, topiramato 50mg 2+0+2 cp, lactulose id, levotiroxina 0.1mg id, esomeprazol 40mg id, venlafaxina 75 id, sinvastatina 20mg id, montelucaste 10mg id, trazodona 150mg id, ramipril 10mg id, ácido fólico 5mg id.

A avaliação laboratorial mostrou insuficiência renal de novo. No exame físico encontrou-se um doente em mutismo, emagrecido com IMC de 17.6 kg/m², emaciado, hipotenso e, incapacidade de realizar o timed get up and go test.

Foi feita uma revisão terapêutica exaustiva: retirados fármacos inapropriados e sem indicação clínica e reduzidas dosagens. Passou de 12 para 6 princípios ativos.

Um mês depois, regressou à consulta com andarilho relatando que regressou ao domicílio, e estava sem queixas. Na consulta de follow-up aos 2 meses, já não tinha auxiliar da marcha e tinha havido um ganho ponderal.

Discussão

Este caso ilustra a importância fundamental da revisão terapêutica em Geriatria, pela alta prevalência da polimedicação sendo que o seu potencial iatrogénico se faz sentir de forma muito negativa nesta faixa etária. Neste caso, vários síndromes geriátricos acumulados e com alto índice de mortalidade foram secundários a fármacos. A “desprescrição” salvou a vida do doente, que recuperou funcionalidade, autonomia e vontade de viver.

Leucemia Mielomonocítica e RUPUS - a complexidade de um diagnóstico

Domingos M'boto; Daniel Teixeira; Ana Furão Rodrigues

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A leucemia mielomonocítica crónica (LMMC) é uma doença hematológica onde distúrbios autoimunes estão frequentemente presentes (em 10 a 30% dos casos).

Mulher de 72 anos, autónoma, com antecedentes de LMMC tipo I e artrite reumatoide seropositiva. Recorreu às urgências por cansaço extremo e sudorese noturna com 3 dias de evolução. Ao exame objetivo apresentava-se pálida e febril. Laboratorialmente apresentava bicitopenia grave (Hb de 7.8g/dL; Plaquetas 9.000/uL), leucocitose à custa de mielema (19%) e neutrofilia (36%) com 3% de blastos; aumento de parâmetros inflamatórios (PCR 6.23mg/dL, PCT 0.57ng/mL) e hipoxemia (pO₂ 59.5mmHg). A TC de tórax mostrava padrão de vidro despolido difuso. A pesquisa de vírus respiratórios por zaragatoa foi negativa. Ficou internada por suspeita de pneumonia e progressão de LMMC. Para pesquisa de agente infeccioso, realizou antigenúrias, serologias com inclusão de agentes atípicos e pesquisa de vírus por PCR alargado, tendo-se isolado neste último metapneumovírus. Realizou mielograma com evidência de progressão de doença para LMMC tipo II. Destaca-se ainda infeção aguda por parvovírus (na serologia), admitindo-se o seu contributo para a clínica e bicitopenia. Para controlo sintomático respiratório, a doente iniciou ciclo de metilprednisolona. Na tentativa de desmame, apresentou lesões cutâneas (pápulas e máculas eritemato violáceas, não pruriginosas e dolorosas), dispersas em áreas de pressão com configuração linear - fenómeno de Koebner. Admitiu-se vasculite leucocitoclástica (confirmado em biópsias cutâneas) secundária a doença linfoproliferativa. Por este quadro, pesquisou-se doença de crioglobulinas / crioaglutinas (com resultado negativo) e lúpus eritematoso sistémico, cumprindo critérios EULAR (com envolvimento musculoesquelético), e alterações sugestivas de RUPUS (consumo de complemento C3 e C4, CCP positivo, ANAs positivo, DsDNA positivo, FR positivo).

Este caso é ilustrativo da relação entre LMMC e doenças autoimunes, salientando-se o *overlap* de doenças complexas e a necessidade de investigação extensa.

Défice de cianocobalamina em doente sob metformina com evolução grave e hemólise intravascular

Pedro Acuña Rosa; Daniela Baptista; Margarida Vidal Grilo; Rita Mendes

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, EPE / HOSPITAL EGAS MONIZ

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

O défice de vitamina B12 é uma causa comum de anemia megaloblástica. Os doentes idosos são os mais susceptíveis às manifestações sintomáticas do défice, o que exige, além da correção das carências nutricionais, o processo moroso de investigação etiológica.

Caso Clínico

Doente do sexo feminino, 74 anos, autónoma, com história de diabetes mellitus tipo 2 sob metformina, sem antecedentes cirúrgicos ou a realizar dietas restritivas. Apresentou astenia com agravamento progressivo, diminuição da força nos membros inferiores e perda de peso de 5 kg nos últimos 2 meses. Sem alterações ao exame objetivo.

Analiticamente: Hemoglobina 4.9 g/dl, VGM 118,4 fl, vitamina B12 <72 ng/l, ácido fólico 25 ng/ml, LDH 6016 U/l, haptoglobina <10 mg/dl, bilirrubina 3 mg/dl; sem outras alterações do estudo da anemia, função hepática ou pancreática. Sem marcadores de autoimunidade, anticorpos anti fator intrínseco e anti transglutaminase. Estudos de imagem e endoscópicos sem alterações. Adicionalmente com hipertiroidismo em contexto de bócio multinodular, já conhecido.

Assumiu-se, após exclusão das causas de défice de cobalamina, anemia macrocítica megaloblástica de etiologia farmacológica (metformina). Fez suporte transfusional, reposição vitamínica, ajuste de tiamazol, e switch para um inibidor da SGLT2. Teve alta assintomática e com hemoglobina >9 g/dl.

Conclusão

Apesar de já conhecida a redução da absorção da vitamina B12 em doentes a realizar biguanidas, principalmente com doses elevadas e a longo prazo (>5 anos), o seu papel no desenvolvimento de anemia grave é ainda hoje pouco documentado, apresentando-se geralmente como uma alteração analítica isolada.

A metformina é frequentemente prescrita com outras medicações que dificultam a absorção da vitamina B12, nomeadamente os inibidores da bomba de protões (a medicação mais prescrita no mundo) em populações idosas. Isto obriga a um baixo limiar de suspeição em doentes polimedicados com um quadro clínico inespecífico como este.

Parotidite Viral num Adulto Idoso: Uma Infecção Subestimada com Risco Neurológico

**ANA RITA TOMÁS; Rodrigo Brandão; Carolina Chumbo; Patrícia Duarte Pires;
Luísa Martinho Marques; Daniela Madeira; Teresa Branco**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE AMADORA/SINTRA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A inflamação das glândulas parótidas pode ter inúmeras etiologias, algumas das quais associadas a complicações fatais. As causas virais, nomeadamente pelo vírus da parotidite, são mais frequentes em crianças, mas podem surgir em adultos. Apresentamos um caso de parotidite viral recorrente complicada de meningite.

Caso clínico

Doente do sexo feminino de 84 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes, doença renal crónica e insuficiência cardíaca. Foi internada no serviço de medicina interna por pneumonia adquirida na comunidade. Durante o internamento desenvolveu febre e tumefação bilateral na região mandibular, mais acentuada à direita, com eritema e dor, sem drenagem purulenta, sem relação com alimentação, xerostomia ou xeroftalmia, acompanhada de elevação da proteína C reativa (22mg/dL). Realizou tomografia computadorizada com glândulas parótidas de dimensões aumentadas sem coleções purulentas; hemoculturas que foram negativas; pesquisa de *Citomegalovírus*, vírus *Epstein-Barr*, *Herpes Simplex*, vírus da imunodeficiência humana e *Influenza* também negativas. Assumiu-se sialoadenite com provável sobreinfecção bacteriana e iniciou hidratação e antibioterapia empírica com meropenem e vancomicina com resolução clínica e descida dos parâmetros inflamatórios (PI). Após algumas semanas observou-se recrudescência das queixas. Colheu portanto anticorpos anti-Ro/SSA e anti-LA/SSB que vieram negativos e IgM e IgG do vírus da parotidite, que se revelaram positivas. Realizou biópsia das glândulas salivares, com achados inespecíficos. A doente evoluiu com alteração do estado de consciência, pelo que realizou punção lombar que mostrou hiperproteinorráquia e pesquisa de vírus da parotidite positiva. Assumiu-se parotidite viral complicada de meningite. A doente manteve tratamento sintomático com melhoria progressiva das queixas.

Discussão e conclusão: Embora as parotidites bacterianas sejam mais frequentes nos idosos hospitalizados, as causas virais por *Paramyxovirus* não devem ser esquecidas. Apesar de geralmente autolimitadas, as infeções virais podem ter uma apresentação recorrente e complicada de meningite e/ou encefalite pelo que a vigilância de alterações neurológicas é essencial.

O desafio diagnóstico da tuberculose pleural

Telma Costa Cabral; Bruno Miguel Silva; Daniela Abrantes; Ana Rita Ambrósio; Catarina Bico Filipe; Isménia de Oliveira; Ana Grilo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A tuberculose pleural é uma das causas de derrame pleural, principalmente nos países com elevada prevalência de tuberculose. O seu diagnóstico permanece um desafio pela reduzida presença de *Mycobacterium tuberculosis* no líquido pleural.

Caso clínico

Doente do sexo masculino, 62 anos, natural de Cabo Verde. História de insuficiência cardíaca e cardiopatia isquémica, não cumpria terapêutica. Apresentou-se no serviço de urgência, em Março de 2024, em edema agudo do pulmão a condicionar insuficiência respiratória global, no contexto de insuficiência cardíaca descompensada. Foi internado para otimização terapêutica e estudo. Na enfermaria, apurou-se história de expetoração hemoptoica, com anos de evolução. A TC de tórax documentou hipertensão pulmonar, edema cardiogénico, derrame pleural bilateral e atelectasia parcial do lobo inferior esquerdo. O ecocardiograma evidenciou insuficiência mitral de grau severo, sugestiva de rutura corda tendinosa. Por agravamento do derrame pleural à esquerda, o doente realizou uma toracocentese diagnóstica. O líquido pleural tinha características de exsudado, ADA 37,6 U/L, 4747/uL células mononucleares, 40,40g/L de proteínas, 76,40mg/dL de glucose e PCR positiva para *M. tuberculosis*. Perante este resultado, realizou cinco colheitas de expetoração sem presença de bacilos ácido-álcool resistentes, e broncofibroscopia cujo lavado bronco alveolar foi negativo para *M. tuberculosis* por PCR. Considerando as comorbilidades do doente, optou-se por não realizar biópsia pleural, assumindo-se o diagnóstico de tuberculose pleural. O doente iniciou terapêutica com Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol.

Discussão

O presente caso demonstra a importância da pesquisa de *M. tuberculosis* em doentes naturais de zonas endémicas. Assim como, a dificuldade diagnóstica e pertinência da técnica PCR como arma diagnóstica, uma vez que a ADA é inferior a 40.

Brucelose: O Desafio Diagnóstico de uma Zoonose Persistente

Miguel Rodrigues; Alice Figueiredo; Diana Pedreira; Violeta Suruceanu; Beatriz Navarro; Ermelinda Pedroso

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA ARRÁBIDA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

Portugal tem sido objeto de urbanização significativa, mas a cultura rural ainda influencia a epidemiologia das doenças infecciosas. A brucelose, uma zoonose de evolução crónica, continua a ser um desafio diagnóstico em Medicina Interna.

Caso clínico

Apresenta-se o caso de uma doente de 53 anos, com antecedentes de asma e enfarte agudo do miocárdio, com contacto frequente com porcos, cães e aves. Foi admitida no Serviço de Urgência por perda ponderal (39 kg em 1 mês), anorexia, sudorese noturna, febre e lombalgia. Exames prévios incluíram TC tóraco-abdomino-pélvica, que revelou uma coleção líquida no psoas direito (27×35 mm axial e 54 mm craniocaudal), e endoscopia digestiva alta, que identificou gastrite crónica com *Helicobacter pylori*.

Durante o internamento, foi realizada drenagem do abscesso do psoas para controlo da dor. A RM revelou alterações erosivas em L1, sugestivas de espondilodiscite inflamatória/infeciosa. Serologias para *Mycobacterium*, *Rickettsia*, *Bartonella*, *Coxiella* e *Brucella* foram inicialmente negativas. Teve alta com seguimento em Medicina Interna. Posteriormente, novas serologias para *Brucella* foram positivas para *Brucella melitensis*, confirmando o diagnóstico. Encaminhada para Infeciologia, iniciou antibioterapia com rifampicina, doxiciclina e gentamicina, completando 14 dias de tratamento com resolução do quadro clínico.

Discussão

Este caso destaca a importância da anamnese detalhada na formulação do diagnóstico diferencial de doenças infecciosas. A brucelose deve ser considerada em doentes com síndromes febris prolongadas e envolvimento musculoesquelético, especialmente em contextos de exposição ocupacional ou contacto com animais.

Hipercalcémia Severa: Um Desafio Diagnóstico e Terapêutico

Miguel Rodrigues; Joana Simões; Carolina Palma; Diana Pedreira; Mafalda Figueira; Beatriz Navarro; Ermelinda Pedroso

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA ARRÁBIDA

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

Embora a maioria dos casos de hipercalcémia seja assintomática e ligeira, importa reconhecer que pode representar um risco significativo para a vida do doente.

Caso clínico

Apresenta-se o caso de um doente de 67 anos, com antecedente de carcinoma urotelial de alto grau com diferenciação neuroendócrina e sarcomatoide submetido a RTU-V. Admitido no Serviço de Urgência por desequilíbrio da marcha, disfagia para líquidos, hipotonia e lentificação, apresentava cálcio ionizado de 13,8 mg/dL. A hipercalcémia não respondeu a medidas de espoliação, atingindo um pico de 20,7 mg/dL.

A investigação etiológica foi aprofundada para esclarecer a origem da hipercalcémia. A ecografia cervical revelou uma lesão quística de 7,2 x 4,6 x 4 cm, sugerindo uma possível origem tiroideia ou paratiroideia. Complementarmente, foi realizada PET, que identificou um foco de tecido paratiroideu hiperfuncionante pósterotraqueal adjacente a um nódulo no lobo esquerdo da tiroide. Estes achados sustentaram a hipótese de hiperparatiroidismo primário como causa subjacente da hipercalcémia severa.

Após extensa avaliação, e perante forte suspeita clínica, foi tomada a decisão cirúrgica. O doente foi submetido a lobectomia esquerda, istmectomia e paratiroidectomia superior esquerda. A anatomia patológica confirmou a presença de adenoma paratiroideu típico e atípico. O doente teve alta com seguimento em consulta de Endocrinologia.

Discussão

Este caso destaca a relevância de uma investigação etiológica meticulosa na hipercalcémia severa, um quadro potencialmente fatal. A abordagem sistemática permitiu a identificação da causa subjacente e a implementação de uma estratégia terapêutica dirigida, reforçando a importância do raciocínio clínico na Medicina Interna.

Meningite a *Listeria monocytogenes*

Beatriz Sá Pereira; Diva Trigo; Micaela Caixeiro; Maria João Lopes; Catarina Rodrigues; Ana Catarina Rodrigues; Daniela Silva; Patrícia Pacheco

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE AMADORA/SINTRA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

Listeria monocytogenes é uma bactéria patogénica importante em recém-nascidos, idosos, grávidas e imunocomprometidos. Pode causar desde gastroenterite auto-limitada a doença invasiva em indivíduos suscetíveis.

Caso clínico

Mulher de 62 anos, natural da Guiné-Bissau, com antecedentes conhecidos de infeção por VIH-1, com carga viral indetetável.

É trazida ao hospital por alteração do estado de consciência, tendo sido encontrada caída em casa com incontinência de esfíncteres. Sem história de diarreia, consumo de produtos lácteos não pasteurizados, enchidos ou carnes processadas nas semanas anteriores.

À admissão, temperatura de 40°C com estado de consciência flutuante. Analiticamente com lactatos 4.31 mmol/L, disfunção renal e proteína C reativa 5.8mg/dL. Realizada tomografia computadorizada de crânio, sem alterações. Internada por suspeita de crise convulsiva.

Realizada punção lombar, com 2671 células, 47% polimorfonucleares, proteinorráquia 367mg/dL e glicorráquia 113mg/dL. Iniciou empiricamente ceftriaxone, aciclovir e dexametasona. Após identificação de *Listeria monocytogenes* em painel *multiplex* de biologia molecular no líquido, foi adequada antibioterapia para ampicilina e gentamicina. Confirmação posterior em exame cultural. Além da idade, foi identificada diabetes *mellitus* tipo 2 inaugural como fator de risco.

Verificou-se persistência de discurso dissociado e afasia de compreensão. A ressonância magnética cerebral não identificou complicações. Identificado estado de mal não convulsivo focal, com necessidade de múltiplos ajustes de anti-comiciais. Verificou-se recuperação clínica completa.

Discussão

O diagnóstico de meningite por *Listeria* depende de um elevado grau de suspeição, mesmo perante achados inespecíficos e ausência clara de fatores de risco predisponentes. Os painéis *multiplex* de biologia molecular para agentes mais frequentes de meningite são úteis para identificação etiológica e adequação de tratamento precocemente, com impacto prognóstico.

Infeção gonocócica disseminada ou artrite reativa?

Maria Inês Rocha; Bruno Santos Ferreira; Nuno Rodrigues de Melo; Ana Isabel Ferreira; Jorge Almeida

CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

N. gonorrhoeae é uma bactéria de transmissão sexual que causa maioritariamente infeção limitada ao trato genitourinário. Em até 3% de doentes pode ocorrer infeção gonocócica disseminada (IGD), que pode cursar com febre, poliartrite, tenossinovite e lesões cutâneas. Embora raro, a infeção gonocócica pode associar-se a artrite reativa (AR), sendo difícil a distinção entre esta e IGD.

Caso clínico

Mulher de 42 anos. Antecedentes de obesidade submetida a bypass gástrico, hipertensão arterial, síndrome depressiva e perturbação de abuso de álcool. Recorreu ao serviço de urgência por poliartralgias intensas, assimétricas, aditivas, de predomínio distal com uma semana de evolução, e febre diária (temperatura máxima de 40°C). Referiu relação sexual desprotegida com parceiro anterior promíscuo 10 dias antes. Apresentava artrite do joelho direito, articulação tibiotársica direita, metatarsofalângicas bilaterais, carpometocarpianas e interfalângicas esquerdas, tenossinovite do tendão aquiliano direito, e úlceras linguais indolores. Estudo analítico à admissão: anemia normocítica/normocrômica, leucocitose 16.000/mm³, Proteína C Reativa 420 mg/L. Estudo etiológico: ANA 1/160, padrão nucleolar, sem consumo de complemento, Anti-SSA positivo e restante estudo imune negativo. PCR para *N. gonorrhoeae* retal e cervical positivas. Iniciado anti-inflamatório e após 48 horas sem resposta clínica, iniciou corticoide (CCT). Após confirmação de infeção por *N. gonorrhoeae*, suspenso CCT e iniciado Ceftriaxone, na presunção de IGD (hemoculturas e líquido articular amicrobianos) que cumpriu durante 10 dias. Face a persistência de artrite incapacitante depois de 7 dias de antibiótico, foi reinstituída CCT com resolução quase total dos sintomas e melhoria funcional.

Discussão

A febre e elevação dos parâmetros inflamatórios, com Proteína C Reativa >400mg/dL, favorece a hipótese de IGD. Dada a evolução clínica favorável com corticoterapia e menor resposta à antibioterapia, a AR surge como diagnóstico mais provável.

Emergência Hipertensiva: Apresentação atípica de Mieloma Múltiplo

Daniela Soares Ribeiro; Joana Castro; Diogo Medeiros; Luís Dias

HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO, PONTA DELGADA

Tema: Doenças oncológicas

A hipercalcemia maligna é a principal complicação metabólica dos tumores malignos, associando-se quer a neoplasias sólidas (principalmente mama, rim, pulmão e de células escamosas) quer a hematológicas (nomeadamente, Mieloma Múltiplo (MM)). Os autores descrevem um caso de diagnóstico inaugural de MM com apresentação em emergência hipertensiva, em consequência de hipercalcemia maligna.

Mulher de 69 anos com antecedentes de hipertensão arterial e depressão.

Trazida ao Serviço de Urgência por quadro súbito de hemiparesia esquerda e assimetria da face. Adicionalmente, com queixas de astenia, anorexia e perda ponderal não quantificada. Objetivada letargia e hipertensão grave. TC-CE sem evidência de lesões isquémicas/hemorragicas agudas, com múltiplas lesões líticas. Analiticamente, a ressaltar anemia da doença crónica e hipercalcemia grave com hipofosfatemia. Assumido diagnóstico de emergência hipertensiva, tendo sido admitida na Unidade de Cuidados Intermédios para controlo tensional, com resolução dos défices neurológicos. Posteriormente transferida para o serviço de Medicina Interna. Do restante estudo realizado, a destacar: analiticamente PTH e vitamina D normais, VS 118; eletroforese de proteínas com pico monoclonal IgG lambda, detetada proteína de Bence Jones; TC de corpo com evidência de múltiplas lesões líticas de predomínio axial e fratura de vários corpos vertebrais; medulograma a confirmar diagnóstico de MM; ecocardiograma transtorácico com hipertrofia excêntrica do ventrículo esquerdo. Evolução favorável com normocalcemia sob terapêutica com bifosfonatos. Orientada para consulta de Hematologia para realizar terapêutica dirigida.

Este caso destaca a complexidade da apresentação do MM, refletindo a importância de uma abordagem clínica integrada, perante elevada suspeição clínica, com o intuito de melhorar o prognóstico (reservado, dada a associação a hipercalcemia maligna).

Edema – o (in)suspeito do costume

Diogo António Ribeiro Borges; Tomás Novais; Sara Barreto; Pedro Beirão

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

O edema é uma condição clínica caracterizada por um aumento do volume intersticial, decorrente da passagem de líquido intravascular para o interstício celular. Apresenta múltiplas etiologias possíveis, destacando-se causas cardíacas, hepáticas, renais ou nutricionais.

Caso clínico

Mulher, 41 anos, leucodérmica, autónoma, com antecedentes de asma, rinossinusite, nódulos tiroideus, fibromialgia e obesidade, já submetida a cirurgias de sleeve gástrico e switch duodenal. Medicada com esomeprazol, montelucaste e complexos vitamínicos. A doente deu entrada na urgência com queixas de fadiga. Objetivou-se um quadro de edema godet 3+ nos membros inferiores e parede abdominal, que segundo a doente teria tido um início insidioso e agravamento ao longo de cinco meses. Sem outras alterações ao exame objetivo. A doente tinha já sido observada por médicos de várias especialidades e realizado terapêutica sintomática com furosemida oral, sem melhoria. A doente foi então internada para investigação adicional. Analiticamente apresentava anemia discreta (Hb 11,4g/dL), Hipoproteïnemia com Hipoalbuminemia significativa (Proteínas Totais 4,0g/dL, Albumina 2,0g/dL), défice de C3 (49,0 mg/dL), discreto padrão citocolestático, sem alterações na urina ocasional ou perfil lipídico.

A doente realizou ainda: ecocardiograma transtorácico, sem sinais sugestivos de insuficiência cardíaca; ecodoppler dos membros inferiores - sem alterações; e imagiologia abdominal (TC-AP e Colangio-RM) que revelaram esteatose hepática e ascite. Perante os achados descritos, chegou-se à conclusão que o quadro clínico resultaria da hipoalbuminemia importante, pela provável má absorção intestinal decorrente das cirurgias às quais fora submetida no passado para correção da obesidade. Depois de devidamente suplementada, verificou-se uma resolução gradual do quadro de edema.

Discussão

O edema representa um verdadeiro desafio clínico. A gestão destes doentes requer um raciocínio sistematizado, sendo necessário ter sempre em consideração causas menos frequentes, como as causas nutricionais, destacando-se a má absorção intestinal. Os doentes submetidos a cirurgia bariátrica beneficiam de um seguimento contínuo e multidisciplinar, por estarem sujeitos a um largo espectro de doença metabólica e nutricional.

Pneumonia organizativa em doente com esclerose sistémica

ANA CRISTINA PEIXOTO; Ana Luísa Maceda Rodrigues; Margarida Miguel Paraíso; Clara Afonso Sanches; Luís Nogueira-Silva; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A esclerose sistémica é uma doença autoimune multifatorial, cujo envolvimento pulmonar é frequente.

Caso Clínico

Mulher de 71 anos com antecedentes pessoais de esclerose sistémica localizada com envolvimento cutâneo, gastrointestinal e pulmonar. Recorreu ao serviço de urgência por tosse seca e febre com 3 semanas de evolução. Negou dispneia, palpitações, alterações urinárias e intestinais. Sem perda ponderal.

Medicada previamente com 3 ciclos de antibioterapia por infeção respiratória.

Ao exame objetivo, febril, normotensa e normocárdica, com acessos de tosse, sem sinais de dificuldade respiratória. Auscultação pulmonar com crepitações grosseiras bilateralmente. Restante exame físico sem alterações. Analiticamente com parâmetros inflamatórios aumentados. Gasimetria a mostrar insuficiência respiratória tipo 1, sem hiperlactacidemia, painel vírico respiratório negativo e antigénios urinários para *Legionella pneumophila* e *Streptococcus pneumoniae* negativos. Pedidas culturas de sangue e secreções brônquicas. Radiografia de tórax mostrou infiltrado difuso nos campos pulmonares superiores e peri-hilar direita.

Admitida na enfermaria de Medicina Interna com diagnóstico de infeção respiratória, iniciou antibioterapia com Piperacilina Tazobactam. Ao 5º dia de internamento, sem crescimentos microbianos e sem melhoria clínica e analítica. Realizou tomografia computadorizada do tórax (TC tórax) que mostrou extensa pneumonia bilateral.

Por dúvida de se tratar de pneumonia não resolutiva ou flare pulmonar de esclerose sistémica, fez broncofibroscopia com lavado broncoalveolar, que foi amicrobiano e biópsia pulmonar que mostrou lesões compatíveis com pneumonia organizativa.

Trata-se de pneumonia organizativa criptogénica numa doente com esclerose sistémica, iniciou terapêutica imunossupressora e corticoide em baixa dose pelo risco de crise renal esclerodérmica, com melhoria clínica e imagiológica, tendo tido alta orientada para a consulta de Doenças Auto-Imunes.

Discussão

A pneumonia organizativa é uma manifestação rara do envolvimento pulmonar da esclerose sistémica.

O desafio neste caso foi a escolha do tratamento e dose apropriada de corticoide pelo risco de desenvolvimento de crise renal esclerodérmica em doentes tratados com corticoterapia sistémica.

O que há por trás de uma celulite facial

Andrea Duarte; Inês Ferreira; Rute Mendes; Elena Pirtac; Miguel Oliveira; Francisca Delerue

HOSPITAL GARCIA DE ORTA, EPE

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

A celulite facial é uma infeção bacteriana da pele e dos tecidos subcutâneos que pode evoluir rapidamente, especialmente em pacientes com fatores de risco subjacentes.

Caso Clínico

Homem de 49 anos autónomo, com antecedentes pessoais de diverticulose do cólon, síndrome do intestino irritável e hiperplasia benigna da próstata. Recorreu ao SU por edema, tumefação, hiperemia, dor da hemiface a direita com 1 semana de evolução. Foi medicado pelo médico de família mas sem melhoria. Referia inicialmente aparecimento de umas lesões na face junto ao nariz. Ao exame objetivo eritema quente em toda a região do nariz, bochecha direita e região peri-orbitária à direita, sem dor à palpação, com ptose da pálpebra direita, sem compromisso dos movimentos oculares, mas com infra desnivelamento do olho direito. Dentes sem aparente infeção. Análises sem leucocitose e PCR negativa, VS elevada. TC face com sinais compatíveis com celulite da face extensa. Foi internado com celulite orbitária pré-septal para antibioterapia endovenosa. Teve alta referenciado a consulta de medicina interna, maxilofacial. Após alta doente apresentou novo episódio de celulite facial da hemiface a esquerda tendo iniciado novamente antibioterapia e antivirais. PCR Herpes zoster positivo. Em consulta de reavaliação referiu queixas de lombalgia com irradiação no membro inferior. RM dorso-lombar com formação expansiva intracanalar intramedular dorsal média e inferior entre D10 e D11. Submetido a mielotomia com biópsia e diagnóstico de subependimoma.

Conclusão

Este caso destaca a importância de uma abordagem clínica abrangente, pois condições aparentemente comuns, como a celulite facial, podem estar associadas a patologias subjacentes inesperadas. A descoberta incidental do subependimoma reforça a necessidade de uma investigação criteriosa, especialmente em pacientes com evolução atípica ou achados neurológicos inesperados.

Abcesso hepático de causa incomum

Rita Menezes Azevedo; Ana Rita Antunes; Diogo Macedo; Inês Pinto; Sara Henriques; Juliana Silva

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Os abscessos hepáticos piogénicos constituem um desafio diagnóstico e terapêutico. Têm origem biliar (mais comum), por disseminação portal ou hematogénica; são habitualmente polimicrobianos, com predominância de microorganismos entéricos e anaeróbios. A *Parvimonas micra* e a *Slackia exigua* são agentes emergentes, tradicionalmente associados a infeções periodontais, que raramente causam infeção extraoral, recentemente reportados em doentes com abscessos hepáticos.

Homem de 29 anos, natural do Bangladesh, imigrado na Roménia durante 4 meses e residente em Portugal há 7 meses, sem antecedentes conhecidos e nunca vacinado. Quadro de dor abdominal, hipersudorese, mialgias e cefaleias com 3 semanas de evolução. À admissão, anictérico e sem adenomegalias palpáveis. Analiticamente com leucocitose, trombocitose, elevação da PCR e enzimologia hepática normal. TC com abscessos hepáticos, o maior com 34mm, sem dilatações das vias biliares nem litíase biliar. Do restante estudo, marcadores víricos (VHB, VHC, VHA e HIV) sem infeção aguda, *Plasmodium* negativo, brucelose e leptospirose negativas, hemoculturas negativas e serologias de hidatidose, fasciola, aspergilose e amebíase negativas. Ecocardiograma transtorácico e PET sem imagens suspeitas. Efetuada drenagem dos abscessos, com isolamento de *Streptococcus anginosus*, *Streptococcus constellatus*, *Parvimonas micra* e *Slackia exigua*. Foi avaliado por Estomatologia e excluídas lesões da cavidade oral. Cumpriu 3 semanas de antibioterapia com ceftriaxone e metronidazol com evolução favorável, com indicação de completar 6 semanas em ambulatório, realizar estudos endoscópicos em ambulatório e orientado para consulta externa, tendo faltado a todo o seguimento subsequente.

O caso apresentado descreve um exemplo raro infeção polimicrobiana, incluindo *S. Exigua* e *P. micra* num doente abcesso hepático, sublinhando a importância de ter em consideração agentes emergentes e diferenças epidemiológicas cada vez mais frequentes na nossa prática clínica.

You didn't see that coming

Beatriz Sá Pereira; Diva Trigo; Catarina Rodrigues; Maria João Lopes; Micaela Caixeiro; Ana Catarina Rodrigues; Daniela Silva; Patrícia Pacheco

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE AMADORA/SINTRA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A sífilis é uma infeção causada pela bactéria *Treponema pallidum*, adquirida maioritadamente por via sexual. As manifestações clínicas dependem do estadio da doença, sendo que a neurosífilis pode ocorrer em qualquer um destes.

Caso clínico

Homem de 21 anos, nacionalidade portuguesa, sem antecedentes pessoais de relevo, recorre ao serviço de urgência por hiperemia conjuntival no olho direito com uma semana de evolução. Observado por Oftalmologia, foi diagnosticado com uveíte bilateral granulomatosa, tendo tido alta medicado com prednisolona e tropicamida em colírio e cotrimoxazol oral.

Recorre novamente ao serviço de urgência por ausência de melhoria dos sintomas apesar do tratamento, sem outra sintomatologia acompanhante. É pedida avaliação analítica para exclusão de outras causas, sem alterações relevantes exceto proteína C reativa de 3.96mg/dL. Solicitadas adicionalmente serologias, que revelaram inicialmente VDRL não reativo e TPHA reativo. Por elevada suspeita de sífilis ocular, contactado laboratório e confirmado efeito prozona após diluição da amostra, com titulação de VDRL de 1 para 128. Adicionalmente, serologias para vírus de imunodeficiência humana e *Toxoplasma gondii* (IgM e IgG) não reativas.

Neste contexto, admitida uveíte sífilítica, tendo sido internado para tratamento com benzilpenicilina 24MIU/dia, com boa resposta clínica. Ao 8º dia de tratamento, foi transferido para a Unidade de Hospitalização Domiciliária para completar tratamento no total de 14 dias.

Discussão

Treponema pallidum é apenas um de muitos possíveis agentes etiológicos de uveíte granulomatosa, que constitui um desafio diagnóstico. Esta manifestação de sífilis ocular pode manifestar-se sem outros sinais de neurosífilis e, nesse contexto, não determina necessidade de realização de punção lombar complementar. No contexto clínico adequado, um teste treponémico reativo, perante um teste não treponémico não reativo, deve fazer pensar na possibilidade de fenómeno prozona.

Úlceras de pressão crónicas – uma causa inesperada de amiloidose AA

Sara M. Ribeiro; Maria Alexandra Martingo; Maria Rui Gomes; Rute Painçal; Isabel O. Cruz

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE GAIA ESPINHO

Tema: Doenças renais

Introdução

A amiloidose traduz-se pela deposição anormal de proteína amiloide em vários tecidos, que no caso da amiloidose AA é a proteína sérica amiloide A (PSAA). Quadros de inflamação crónica levam a aumento sustentado de PSAA, com consequente deposição e dano de órgão. O órgão mais comumente afetado neste subtipo é o rim.

Caso Clínico

Homem de 65 anos, dependente em contexto de paraplegia após acidente de viação em 1999, com úlceras de pressão (UP) sagrada e trocântéricas descritas desde 2008 sob cuidados de penso e submetidas a várias plastias. Recorreu ao Serviço de Urgência por edema dos membros inferiores e analiticamente apresentava anemia normocítica normocrómica, lesão renal aguda AKIN 2, hipoalbuminemia, hiperlipidemia e razão proteínas/creatinina em urina ocasional compatível com proteinúria nefrótica.

Foi excluída trombose venosa e foi internado para estudo de síndrome nefrótica.

Do estudo efetuado salienta-se doseamento sérico da PSAA elevado, exclusão de discrasia de plasmócitos e biópsia de glândulas salivares com deposição de substância amiloide e positividade para proteína amiloide A. Durante o internamento evoluiu com agravamento da função renal, oligúria, perfil hipotensivo sustentado e ausência de resposta ao tratamento médico, tendo-se considerado que não seria candidato a hemodiálise. O doente faleceu ao vigésimo dia de internamento.

Discussão

Apesar de ser uma causa rara, as úlceras cutâneas podem levar a inflamação crónica e consequente amiloidose AA. É importante reconhecermos esta potencial complicação, dado que o primeiro passo é o controlo da inflamação para prevenir o depósito de PSSA. Após o estabelecimento da amiloidose, o atingimento de órgão alvo é habitualmente irreversível e o prognóstico reservado.

Granulomatose Eosinofílica com Poliangeíte: Um Diagnóstico Desafiador

**Jacinta Costa Ruivo; Catarina Vale; Joana Martins da Silva; Maria Teresa Antunes;
Bernardo Fernandes; Inês Vasconcelos Bessa; Roberto P. Silva**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A Granulomatose Eosinofílica com Poliangeíte (GEPA) é uma vasculite de pequenos e médios vasos rara associada a anticorpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) caracterizada por asma, rinosinusite crónica e eosinofilia periférica, com manifestações clínicas variáveis e potencial envolvimento multissistémico, sendo o reconhecimento precoce um fator prognóstico determinante.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 77 anos com antecedentes de asma recentemente diagnosticada, nefropatia membranosa (diagnóstico por biópsia há 15 anos, com remissão completa), tiroidite de Hashimoto e fibrilhação auricular sob hipocoagulação. Recorreu ao serviço de urgência por astenia, anorexia, febre diária e edema dos quatro membros com duas semanas de evolução, sem clínica focalizadora de infeção. O estudo analítico revelou anemia microcítica, eosinofilia (máx 2510/ μ L), elevação da proteína C reativa e velocidade de sedimentação, lesão renal aguda (LRA) (creatinina de 1 mg/dL, basal 0.5 mg/dL) e hipoalbuminemia (20 g/L).

Atendendo à história de asma recente, eosinofilia e LRA foi levantada a suspeita de GEPA. O estudo realizado revelou ANCA MPO (mieloperoxidase) positivos, urina com eritrócitos dismórficos e proteinúria (1g/24h) e TC dos seios perinasais com rinosinusite crónica. Realizada biópsia renal, que confirmou a suspeita diagnóstica, com presença de necrose fibrinoide em artérias de pequeno calibre e infiltrado eosinofílico, coexistindo aspetos de nefropatia membranosa. Iniciado tratamento de indução com Rituximab e corticoterapia (protocolo PEXIVAS) com apirexia e franca melhoria clínica e analítica.

Este caso sublinha a relevância de um alto nível suspeição clínica para o diagnóstico célere de GEPA. A intervenção terapêutica precoce é crucial para otimizar o prognóstico. O seguimento a longo prazo, através de uma abordagem multidisciplinar, é essencial para o sucesso terapêutico.

Coma mixedematoso - valorização da clínica versus resultados analíticos

Sara M. Ribeiro; Ana Rita de Sousa Melo; Beatriz Câmara Lourenço; Romana Bett. Fagundes; Marta Monteiro

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE GAIA ESPINHO

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

O coma mixedematoso é uma emergência médica que afeta múltiplos órgãos. Uma pontuação superior a 60 na escala de diagnóstico é altamente sugestiva. Tratando-se de uma forma extrema do hipotireoidismo, será obrigatório ter uma função tiroideia concordante?

Caso Clínico

Mulher de 82 anos, 7 pontos na escala de Frailty. Antecedentes de tireoidectomia total e fatores de risco cardiovasculares. Residente em lar. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por síncope. História de agitação na noite anterior à vinda, com necessidade de administração de psicofármacos. À admissão no SU objetivada prostração, bradicardia, hipotensão, hipotermia severa (27°C), edema periorbitário e hipoxemia. Do estudo realizado, tomografia computadorizada crânio-encefálica, estudo analítico e sumário de urina sem alterações. Eletrocardiograma com bradicardia sinusal. Com parca resposta ao soro aquecido e uso de manta térmica. A doente não tinha critérios para admissão nos cuidados intensivos dado comorbilidades e estado funcional. Pela suspeita de coma mixedematoso (pontuação de 80 na escala de diagnóstico), iniciou tratamento com levotiroxina e hidrocortisona endovenosas, com resposta bastante favorável - normalização dos parâmetros metabólicos e melhoria do estado de consciência. Foi colhida a função tiroideia previamente à terapêutica, que revelou um hipotireoidismo subclínico (TSH 20.6 uUI/mL, T4 0.93 ng/dL).

Discussão

Dada a elevada taxa de mortalidade, perante uma suspeita de coma mixedematoso o tratamento deve ser iniciado sem esperar pelo estudo analítico. Os psicofármacos podem ser um fator precipitante. Casos têm sido descritos com um perfil tiroideu subclínico. Mesmo não cumprindo os critérios analíticos, este caso realça a importância de valorizar a clínica do doente, mesmo perante uma discrepância com os métodos complementares de diagnóstico.

Hipertiroidismo por Doença de Graves: Um Diagnóstico Diferencial na Perda Ponderal

Miguel Rodrigues; Alice Figueiredo; Diana Pedreira; Violeta Suruceanu; Beatriz Navarro; Ermelinda Pedroso

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA ARRÁBIDA

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A patologia tiroideia é muitas vezes investigada no contexto de doenças cardíacas, mas pode ser a causa primária de sintomas sistémicos inespecíficos. O hipertiroidismo pode mimetizar várias condições clínicas, sendo fundamental a sua consideração no diagnóstico diferencial.

Caso clínico

Apresenta-se o caso de um doente masculino, 52 anos, natural de Cabo Verde, com antecedentes de taquicardia paroxística, tabagismo crónico e hipertensão arterial. Admitido por cefaleia, vómitos, diarreia e perda ponderal de 34 kg em seis meses, realizou estudo analítico que revelou T4 livre de 3,34 ng/dL e TSH <0,10 mUI/mL. A tomografia computadorizada torácica evidenciou uma tumefação tímica inespecífica, sem outras alterações imagiológicas relevantes.

Durante o internamento em Medicina Interna, a investigação etiológica confirmou hipertiroidismo. O exame objetivo revelou um doente inquieto, com dificuldade em manter a mesma posição. A ecografia tiroideia mostrou aumento difuso da glândula (6,3 x 2,2 x 2,6 cm), sem nódulos, traduzindo um bócio difuso classificado como TIRADS 2. A positividade dos anticorpos anti-TPO (688,7 UI/mL) e TRABS (37,62 UI/L) confirmou Doença de Graves. Iniciou-se terapêutica com tiamazol 15 mg/dia, com seguimento programado em consulta de Endocrinologia.

Discussão

Este caso destaca a necessidade de excluir causas benignas de emagrecimento antes de considerar um *wasting* neoplásico. O hipertiroidismo deve ser ponderado na abordagem de síndromes consumptivas, dada a sua relevância clínica e impacto na qualidade de vida do doente.

Ecografia Point-of-Care na Avaliação da Volémia e na Otimização Terapêutica: Relato de Caso Clínico

Daniela Barbosa¹; Angélica de Freitas e Lopes²; Miguel Pacheco³; Nuno Magalhães¹; Sara Raquel Martins³

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO TÂMEGA E SOUSA

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LISBOA OCIDENTAL

³ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÓNIO

Tema: Outro

Introdução

A avaliação tradicional da volémia baseia-se em sinais clínicos subjetivos que podem ter uma acurácia limitada. Já a ecografia *point-of-care* (POCUS) permite avaliações objetivas, rápidas e inócuas. A avaliação da volémia é fundamental na gestão de doentes com insuficiência cardíaca (IC) e doença renal crónica (DRC) e o POCUS pode ser um aliado fundamental na sua abordagem.

Caso Clínico

Mulher de 83 anos com hipertensão arterial e dislipidemia sob tratamento, cardiopatia hipertensiva e valvular a condicionar IC com fração de ejeção preservada e DRC grau 3a. Recorreu ao serviço de urgência após queda. Apresentava lesões vesiculares dolorosas nos dermatómos L3-L5 + S2-S4, com três dias de evolução, previamente medicada com aciclovir e analgésico. Estava apirética, hemodinamicamente estável e sem sinais de sobreinfecção. Os exames laboratoriais revelaram agravamento da função renal (creatinina 2.56 mg/dL, valor basal de 1.36 mg/dL) e exame sumário de urina normal. O agravamento da DRC foi interpretada como secundária à depleção volêmica e ao uso de nefrotóxicos (AINEs, IECAs e diuréticos de ansa). Após hidratação e ajuste farmacológico, houve melhoria da função renal. Foi realizada POCUS após hidratação para exclusão de lesão pós-renal, avaliação da volémia e decisão sobre a manutenção ou suspensão do diurético em ambulatório. A ecografia pulmonar revelou a ausência de derrame pleural e de linhas B pulmonares e a avaliação da veia cava inferior mostrou-se colapsada em esforço inspiratório, sugerindo estado de euvolemia. Dada a ausência de sinais de sobrecarga volêmica após a suspensão do diurético, decidiu-se pela alta sem a sua reintrodução. Até o momento, transcorridos mais de seis meses, a paciente não apresentou novas agudizações.

Discussão

A utilização do POCUS permitiu a evicção de diuréticos, prevenindo novos episódios DRC agudizada, reforçando a importância na otimização do tratamento de doentes com IC e DRC. A POCUS surge como uma ferramenta essencial na avaliação dinâmica da volémia, permitindo uma abordagem mais precisa, individualizada e segura e ainda auxilia na tomada de decisões principalmente em ambulatório/consulta.

O Síndrome Nefrótico- Doença de Berger

Tânia Pereira da Silva; Joana Rego; Rosa Margarida Cardoso; Helena Sarmento; Jorge Cotter

CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE, EPE / HOSPITAL DA SENHORA DA OLIVEIRA

Tema: Doenças renais

A glomerulonefrite mesangioproliferativa associada à nefropatia por IgA é uma das formas mais comuns de glomerulonefrite primária. Caracteriza-se pelo depósito de imunoglobulina A no mesângio glomerular, desencadeando uma resposta inflamatória que pode levar à insuficiência renal crónica. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são fundamentais para prevenir a progressão da doença. Apresentamos o caso de uma jovem com manifestações de síndrome nefrótica e hipertensão arterial, cujo estudo histopatológico confirmou glomerulonefrite mesangioproliferativa associada a **depósitos de imunoglobulina A (IgA)**.

Mulher, 20 anos, brasileira, sem antecedentes de relevo, foi encaminhada para consulta por tensão arterial elevada para estudo e orientação. Apresentava cefaleia occipital intensa com irradiação holocraniana, fotofobia e episódios de vômitos. O estudo complementar revelou síndrome nefrótica caracterizado por proteinúria de 14g/24h, edema generalizado, dislipidemia mista (Colesterol total 825 mg/dL; HDL 49 mg/dL; LDL 706 mg/dL; TG 349 mg/dL) e hipoalbuminemia de 2.1 g/dL. Perante este quadro, foi internada para investigação adicional.

Realizada biópsia renal que revelou glomeruloesclerose segmentar e focal, tendo iniciado corticoterapia com prednisolona (60 mg/dia), apresentando resposta parcial, o que levou à introdução de imunossupressores (ISS). Posteriormente, o estudo ultra-estrutural confirmou a presença de glomerulonefrite mesangioproliferativa com lesões crónicas, motivando a suspensão dos imunossupressores e a manutenção de terapêutica anti-hipertensiva e restrição salina, sendo referenciada para a consulta de Nefrologia para acompanhamento e ponderação de terapêutica de Substituição da Função Renal.

A nefropatia por IgA é a glomerulonefrite primária mais comum e pode manifestar-se de forma variável, desde hematúria microscópica até síndrome nefrótica completo. A sua evolução clínica é imprevisível. O tratamento tem como objetivo o controlo da proteinúria e da hipertensão arterial, com inibidores do sistema renina-angiotensina e restrição dietética. A corticoterapia e a imunossupressão são indicados em casos selecionados, mas a sua eficácia depende do grau de lesão histológica.

NEM SEMPRE É ASCITE - A PROPÓSITO DE UM CASO DE TUMOR SEROMUCINOSO BORDERLINE DO OVÁRIO

Margarida Vidal Grilo; Madalena Barradas; Carolina Correia; Pedro Acuña Rosa; Teresa Romão; Isabel Madruga

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LISBOA OCIDENTAL

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

O tumor seromucinoso borderline do ovário é um subtipo raro de tumor ovárico, não-invasivo, com proliferação epitelial atípica.

Caso Clínico

Mulher de 82 anos, autónoma, antecedentes médicos de hipertensão arterial e dislipidemia, antecedentes cirúrgicos de anexectomia esquerda, alegadamente por quistos ováricos.

Internada por um quadro de aumento do perímetro abdominal e astenia com cerca de 1 ano de evolução, sem outra sintomatologia específica de órgão. Semiologia de volumosa ascite sob tensão. Realizou uma paracentese diagnóstica e evacuadora, com drenagem de 11L de líquido acastanhado. Do exame citológico destaca-se um total de 21528 células, de morfologia descaracterizada por elevada destruição celular, sem viabilidade para análise imunofenotípica. Exame bacteriológico negativo. Anatomia patológica negativa para células malignas.

Na TC tóraco-abdomino-pélvica observou-se que o aumento do volume abdominal resultaria de uma lesão quística muito volumosa, com 23 cm x 22 cm x 13 cm de dimensão, bem-definida, com paredes espessadas, a condicionar compressão ureteral direita; visualizada ligeira ascite, sem evidência de lesões secundárias à distância. Do restante estudo realizado, destacava-se CA 125 de 10875.

Submetida a laparotomia exploradora, com histerectomia e anexectomia direita, com excisão de massa quística de aparente ponto de partida ovárico. Exame anatomo-patológico da peça cirúrgica a revelar tumor seromucinoso borderline do ovário. Proposto seguimento em consulta de Cirurgia, com indicação para vigilância imagiológica e de marcadores tumorais.

Conclusão

Este caso ilustra um aumento do perímetro abdominal inicialmente interpretado como ascite, que se revelou uma lesão quística de grandes dimensões ovárica, mais concretamente um tumor seromucinoso borderline do ovário. Apesar do crescimento rápido, esta é uma entidade de excelente prognóstico, sem indicação para tratamento sistémico, com baixa taxa de recorrência e transformação maligna.

STREPTOCOCCUS GORDONII - UM INVASOR OPORTUNISTA

Madalena Barradas; Margarida Vidal Grilo; Teresa Romão; Isabel Madruga; Carolina Correia

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, EPE / HOSPITAL EGAS MONIZ

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

Streptococcus gordonii é um estreptococo gram-positivo, do grupo viridans, pertencente à microbiota comensal da cavidade oral e trato gastrointestinal do ser humano. Raramente, pode apresentar-se como agente oportunista, sendo um agente infrequente de endocardite; descritos na literatura apenas 2 casos com espondilodiscite concomitante.

Caso Clínico

Homem de 55 anos, autónomo, com antecedente de prolapso da válvula mitral, sem medicação habitual, hábitos toxicofílicos ou alergias conhecidas. Recorreu ao serviço de urgência por quadro com 3 meses de evolução de lombalgia com irradiação para o membro inferior direito. Associadamente, perda ponderal (10 kg em 2 meses), astenia, febre de padrão vespertino, com sudorese associada. Teria realizado procedimento de limpeza dentária 2 semanas antes do início do quadro. Negadas viagens recentes, contacto com animais, ou outro contexto epidemiológico. Ao exame objetivo a destacar sons cardíacos rítmicos, com sopro mesossistólico mitral III/VI. Sinal de Lasègue positivo à direita. Analiticamente com leucocitose e neutrofilia (L 15100u/L, N 80.9%), PCR 10.7 mg/dl. VIH negativo. Assumiu-se o diagnóstico de síndrome febril indeterminado, iniciou vancomicina e ceftriaxone empíricos, e foi internado para prosseguimento de estudo etiológico. Realizou hemoculturas seriadas com isolamento de *S. gordonii*. Ressonância magnética da coluna lombar com alterações de sinal ósseo e discal L4-L5 sugestivas de espondilodiscite. Ecocardiograma trans-esofágico com evidência de endocardite da válvula mitral. Cumpru antibioticoterapia dirigida, com melhoria clínica e analítica progressivas.

Discussão

O prolapso da válvula mitral não constitui critério para realização de profilaxia antibiótica antes de procedimentos dentários. No entanto, a presença de febre, com sintomatologia focalizadora, deverá alertar-nos para a possibilidade de disseminação hematológica bacteriana, inclusive de agentes comensais em indivíduos imunocompetentes.

UM MAL NUNCA VEM SÓ - A PROPÓSITO DE UM CASO DE HIPERPARATIROIDISMO PRIMÁRIO E MIXOMA AURICULAR

Margarida Vidal Grilo; Angelica Lopes; Carolina Correia; Madalena Barradas; Teresa Romão; Joana Alvarenga; Isabel Madruga

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LISBOA OCIDENTAL

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

O síndrome demencial pode ter causas potencialmente tratáveis, sendo essencial a sua investigação e tratamento adequados.

Caso Clínico

Homem de 75 anos, autónomo, com antecedentes cardiovasculares de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemia, foi internado para estudo de síndrome confusional e alterações comportamentais, com tempo indeterminado de evolução, oscilante com períodos de lucidez.

Na TC crânio-encefálica, apresentava sinais de leucoencefalopatia isquémica. Da investigação realizada, destacava-se uma hipercalcemia ligeira (11.3mg/dL), associada a hipofosfatemia e aumento de PTHi, sugestivos de hiperparatiroidismo primário. Realizou ecografia tiroideia, que revelou nódulo hipoecogénico bem circunscrito, no pólo inferior do lobo direito tiroideu, sugestivo de adenoma da paratiroide. Adicionalmente, com evidência cintigráfica de tecido paratiroideu hiperfuncionante na glândula paratiroideia inferior direita. Foi proposto para paratiroidectomia eletiva, com normalização da calcemia e melhoria das alterações comportamentais.

Após 8 meses, recorreu novamente ao Serviço de Urgência por quadro de hemiparésia e hemihipostesia esquerdas, associado a disartria ligeira, com 24 horas de evolução. Realizou TC crânio-encefálica, a revelar hipodensidade cortico-subcortical têmporo-occipito-parietal esquerda. Admitido AVC isquémico, sem indicação para terapêutica de fase aguda, tendo sido internado para estudo etiológico. Neste contexto, realizou ecocardiograma transtorácico, que evidenciou a presença de uma massa na aurícula esquerda, com 15 x 40 mm, móvel, aderente ao tecto da aurícula, compatível com mixoma auricular - achado confirmado posteriormente em ecocardiograma transesofágico. Iniciou anticoagulação e foi submetido a excisão cirúrgica do mixoma, sem intercorrências.

Conclusão

De acordo com a investigação realizada, os episódios de confusão e alterações comportamentais foram interpretados simultaneamente em contexto de hipercalcemia e encefalopatia isquémica, decorrente de cardioembolização a partir de um mixoma da aurícula esquerda. Este caso alerta para a importância de investigação e correção de causas secundárias de síndromes demenciais, como alterações iónicas ou fenómenos cardioembólicos.

COLANGIOCARCINOMA INTRA-HEPÁTICO COM METASTIZAÇÃO MENÍNGEA

Maria Marta Lopes; André Abreu; Tatiana Gonçalves; Daniela Santos; Arsénio Santos; Lèlita Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

O colangiocarcinoma intra-hepático (CCIH) é um tumor maligno raro dos ductos biliares intra-hepáticos, frequentemente diagnosticado em estádios avançados devido à sua evolução silenciosa. A metastização ocorre frequentemente para o fígado, pulmões e cadeias ganglionares, sendo a disseminação meníngea uma manifestação rara, associada a um prognóstico reservado. Relatamos um caso de CCIH diagnosticado tardiamente, com rápida progressão e envolvimento meníngeo.

Caso Clínico

Paciente do sexo masculino, 77 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, etilismo crónico e ex-fumador, apresentou perda ponderal de 13%, astenia, vômitos e epigastralgias com 1 mês de evolução. Foi internado eletivamente para estudo de um nódulo hepático identificado em TC abdominal de ambulatório, que revelou uma lesão de 73x48 mm nos segmentos 2 e 3, sem ascite ou adenopatias. Fez TC torácica que mostrou múltiplos nódulos pulmonares suspeitos de metastização e um conglomerado adenopático hilar esquerdo. Os marcadores tumorais evidenciaram elevação da alfafetoproteína (11.206 ng/mL) sem mais alterações. A biópsia ao nódulo hepático confirmou a hipóteses de CCIH. Para melhor estadiamento, realizou PET-FDG que evidenciou metastização hepática extensa, ganglionar abdominal e mediastínica, peritoneal, suprarrenal, pulmonar e óssea. O caso foi discutido em reunião multidisciplinar de decisão terapêutica onde foi decidido a realização de quimioterapia paliativa.

A progressão foi rápida, acompanhada de deterioração neurológica, tendo sido realizada TC cerebral que evidenciou múltiplas lesões expansivas, algumas com até 20 mm, compatíveis com metastização paquimeníngea.

Conclusão

O CCIH é um tumor agressivo muitas vezes com diagnóstico tardio e metastização extensa. A metastização meníngea é uma manifestação rara, com prognóstico reservado e poucas opções terapêuticas eficazes. Este caso reforça a necessidade de um diagnóstico precoce e estratégias terapêuticas personalizadas.

Derrame Pericárdico no Pós-EAM: Uma Armadilha Diagnóstica?

Joana Marina Gouveia; Miguel Cabral Carrilho; Ana Osório Petrucci; Nuno Alemão-Serrano; Isabel Costa; António Martins Baptista

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças cardiovasculares

O síndrome de Dressler é uma pericardite pós-enfarte agudo do miocárdio (EAM), de origem autoimune, podendo surgir entre uma semana e três meses após o evento isquémico. Caracteriza-se por toracalgia pleurítica, febre e derrame pericárdico, consequente de uma resposta inflamatória tardia de necrose miocárdica.

Os autores apresentam este caso pela baixa prevalência da síndrome na atualidade e pela importância de um diagnóstico e abordagem adequados.

Trata-se de um homem de 83 anos, com hipertensão arterial essencial, internado por EAM com supra do segmento ST e pneumonia adquirida na comunidade, medicado com amoxicilina-ácido clavulânico e azitromicina, enquanto aguardava coronariografia. Nos primeiros dias de internamento, apresentou agravamento clínico, com hipotensão e elevação dos parâmetros inflamatórios, apesar da antibioterapia instituída. Foi realizada tomografia computadorizada torácica, que revelou sinais infecciosos pulmonares e um extenso derrame pericárdico.

Para continuação do estudo, realizou ecocardiograma transtorácico urgente, que mostrou ventrículo esquerdo hipertrofiado, com alterações segmentares da contratilidade e fração de ejeção de 34% e derrame pericárdico volumoso, com 21 mm anterior ao ventrículo direito e 10 mm posterior.

Foi realizada pericardiocentese, com drenagem de 500 mililitros de líquido sero-hemático, sugestivo de exsudado. O doente iniciou anti-inflamatório e colchicina, com melhoria do perfil tensional e parâmetros inflamatórios em cinética descendente. Foram ainda pedidos exames culturais e o estudo autoimune, que foram negativos, confirmando o diagnóstico de síndrome de Dressler.

A síndrome de Dressler é uma complicação inflamatória tardia do EAM, cuja incidência tem vindo a diminuir com o avanço das estratégias de reperfusão. No entanto, o reconhecimento precoce e o tratamento adequado com anti-inflamatórios garantem um bom prognóstico na maioria dos casos.

Dois eventos raros: qual a probabilidade?

Mariana Pedrosa; Paula Matias; Francisco Jorge Melo; José Pestana Ferreira; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

As massas no mediastino anterior são raras e englobam uma variedade de etiologias, sendo a sua abordagem um desafio diagnóstico.

Caso clínico

Homem, 55 anos, com antecedentes relevantes de tabagismo e nefrectomia direita há 5 anos por carcinoma renal de células claras (G2, pT1b) - sem evidência de recidiva no follow-up, alta há 8 meses. Medicado habitualmente com *serenoa repens*. Recorreu ao serviço de urgência por cefaleia occipital e dor torácica retroesternal com irradiação cervical. Estudo de síndrome coronário agudo negativo. Analiticamente sem alterações. Realizou angiotomografia torácica com massa mediastínica hipodensa em topografia anterior traqueal direita, 51 x 39 mm de maiores eixos axiais, comprimindo a veia cava superior. Realizou tomografia computadorizada abdominopélvica sem evidência de lesão primária ou adenopatias. Beta-HCG e alfa-fetoproteína negativas. Tomografia de positrões com FDG-F18 a demonstrar massa hipermetabólica mediastínica anterolateral direita em relação à traqueia, sugestiva de neoplasia e foco de metabolismo aumentado no ângulo hepático do cólon. Endoscopia digestiva baixa sem alterações. Biópsia por ecoendoscopia brônquica com histologia compatível com metástase de carcinoma renal de células claras. Submetido a excisão cirúrgica da massa, sem intercorrências.

Discussão e Conclusão

No carcinoma renal de células claras localizado, o tratamento passa por nefrectomia total ou parcial. No entanto, alguns doentes apresentam metástases à distância vários anos após a cirurgia. Os locais de metastização mais comuns incluem o pulmão, osso, cérebro, suprarrenais ou rim contralateral. Este caso ilustra a abordagem de massas mediastínicas e a sua complexidade, sendo este um local invulgar para o aparecimento de metástases de carcinoma renal, demonstrando o curso imprevisível da doença e a necessidade de vigilância a longo prazo.

Um bom raciocínio clínico vale mais que mil imagens

Joelma Mendes; Ana Maria Baltazar; Liliia Savka; Ana Sofia Soares; Liliana Ribeiro Santos; Inês Carvalho Santos; Marta Barbosa; Nuno Reis Carreira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

A Tomografia Computorizada (TC) é essencial na identificação de neoplasias, proporcionando imagens que auxiliam no diagnóstico precoce e no planeamento do tratamento. Contudo, apenas uma adequada correlação com anamnese, avaliação clínica e outros exames permite fazer o diagnóstico correto.

Caso clínico

Mulher de 32 anos, previamente saudável, internada por 1 mês de evolução de febre, dor abdominal, anorexia e perda ponderal não intencional (11%), associado a náuseas, icterícia e oligúria. Analiticamente apresentava citocolestase hepática (bilirrubina total 10 mg/dL), prolongamento espontâneo do INR e lesão renal aguda KDIGO 3 (Cr 5,7 mg/dL). A ecografia abdominal revelou múltiplas nodularidades sólidas hepáticas multilobares, infiltração esteatósica moderada e massas pélvicas periuterinas bilaterais de grandes dimensões. A TC toracoabdominopélvica sugeriu doença neoplásica com compromisso ganglionar, pélvico e hepático multifocal. Verificou-se agravamento da icterícia, acidemia metabólica e síndrome de lise tumoral (SLT) espontânea com hiperlactacidémia tipo B. Na avaliação serológica inicial destaca-se positividade para VIH-1.

Dada a evolução fulminante, a presença de VIH-1 inaugural, SLT espontânea e a localização da doença, surge a hipótese de doença linfoproliferativa agressiva, nomeadamente linfoma de Burkitt (LB), versus neoplasia do ovário (NO) com metastização. Foram colhidas biópsias e realizado mielograma, e iniciada quimioterapia (QT). Em D1 pós-QT, a doente apresentou instabilidade hemodinâmica, acidemia mista grave e hemorragia digestiva alta, culminando em óbito.

Discussão

Apesar de a TC inicial remeter para NO, ao integrar todo o quadro clínico — e considerando que este tipo de neoplasia raramente cursa com SLT espontânea — assumiu-se LB. Relembra-se, assim, que, embora a imagiologia seja uma ferramenta fundamental, o raciocínio clínico e a correlação de achados são essenciais para um diagnóstico correto e conduta terapêutica adequada.

A doença esquecida

Ana Oliveira e Costa; Ana Luísa Barbosa; Sandrina Machado; Sara Abreu; Rita Dias; Irene Soares; Graça Gonçalves; Paula Janeira; Claudia Ferrão

HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS - PORTO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A síndrome de Lemierre (SL) corresponde à trombose séptica da veia jugular interna (VJI) secundária a uma infeção por anaeróbios da orofaringe. Apesar de rara na era pós-antibiótica, a SL é potencialmente fatal pelo risco de embolização de órgãos à distância.

Caso Clínico

Homem de 20 anos, saudável, recorre ao SU no 4º dia de tratamento de amigdalite aguda, por persistência de febre, dor e edema cervical *de novo*. Objetivamente destacava-se exsudado na amígdala esquerda e empastamento cervical com adenopatias dolorosas. Analiticamente: trombocitopenia e citocolestase ligeiras, PCR 300mg/L e reação Paul-Bunnell positivo fraco. A TC do pescoço evidenciou trombose da VJI e aumento das glândulas adenóides por provável amigdalite aguda. Assumido diagnóstico de SL. Iniciou antibioterapia com ceftriaxone e metronidazol e corticoterapia. Foi isolado *Fusobacterium necrophorum* nas hemoculturas, confirmando o diagnóstico.

Má evolução às 72 horas por agravamento da dor e sinais inflamatórios cervicais, motivando a realização de eco-doppler que confirmou a trombose da VJI em toda a sua extensão e repetição de TC que revelou pequeno abscesso periamigdalino e coleção retrofaríngea *de novo*. Neste sentido, iniciou hipocoagulação terapêutica.

Posteriormente apresentou evolução favorável, transitando para antibioterapia oral ao fim de 14 dias, que manteve até completar 6 semanas. Inicialmente previstas 12 semanas de hipocoagulação mas, por persistência da trombose VJI e extensão desta ao seio sigmoide às 6 semanas e persistência no eco-doppler de estreitamento no terço cefálico da VJI às 12 semanas, decidido prolongar hipocoagulação até nova reavaliação imagiológica (1 mês).

Discussão

O diagnóstico atempado do SL e suas complicações embólicas, bem como a cobertura de anaeróbios, são pedra basilar do tratamento e permitem reduzir a morbimortalidade. A decisão de hipocoagular é controversa e habitualmente reservada para casos mais graves ou com evolução desfavorável. É importante recordar esta “doença esquecida” de forma a mitigar quer o risco de subdiagnóstico, quer as incertezas da sua gestão.

Diarreia Crónica e seus desafios terapêuticos no doente internado

Joelma Mendes; Lillia Savka; Ana Maria Baltazar; Marta Barbosa; Diana Sales Marques; Carolina Teves Carreiro; Marisa Teixeira Silva; Nuno Reis Carreira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

Infeções intestinais crônicas (vírus, bactérias ou parasitas) podem causar inflamação persistente da mucosa, má absorção e diarreia crônica. Um exemplo frequente é a infecção por *Clostridioides difficile* (CD), associada a antibioterapia (ATB) prolongada.

Caso Clínico

Homem, 67 anos, com múltiplos fatores de risco cardiovasculares, internado por sépsis de ponto de partida respiratório a MSSA com disfunção multiorgânica, necessitando de múltiplas linhas de ATB como piperacilina/tazobactam, vancomicina, linezolid, levofloxacina e clindamicina. Ao 60.º dia de internamento, apresenta fezes moles com muco, compatíveis com colite por CD, confirmada laboratorialmente. Cumpriu vancomicina e por falência terapêutica cumpriu posteriormente fidaxomicina. Três semanas depois, apresentou recidiva tratada com vancomicina. Um mês mais tarde, evoluiu para megacólon tóxico com diarreia persistente. Mantendo-se a diarreia, destaca-se elastase fecal indoseável (<15 µg/g) e colonoscopia – sem lesões macroscópicas – realizando-se biópsias e iniciada pancreatina. Devido à persistência da diarreia e a malabsorção, iniciou empiricamente mesalazina e corticoterapia, sem melhoria da capacidade de absorção. A biópsia cólica mostrou edema, infiltrado linfoplasmocitário ligeiro, alguns eosinófilos e raros neutrófilos, sem confirmar colite microscópica, pelo que suspendeu terapêutica. Assumiu-se o diagnóstico de diarreia crônica secundária a insuficiência pancreática exócrina e provável atonia cólica pós-colite pseudomembranosa. Teve alta sob pancreatina, colestiramina e probióticos com melhor controlo da diarreia.

Discussão

Os internamentos prolongados e a exposição a múltiplos antibióticos aumentam o risco de diarreia crônica. A prevenção passa por otimizar a ATB, reforçar medidas de higiene, isolar casos suspeitos, usar probióticos e garantir nutrição adequada. Estas abordagens contribuem para reduzir a incidência e a persistência da diarreia crônica em meio hospitalar.

Uma apresentação atípica de Carcinoma Hepatocelular

Ana Cristina Caraban; Graça Lérias; Isabel Madruga

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, EPE / HOSPITAL EGAS MONIZ

Tema: Doenças oncológicas

Uma apresentação atípica de Carcinoma Hepatocelular

Carcinoma hepatocelular é a 5ª neoplasia mais frequente do mundo. Este apresenta metastização extra hepática em 5-15% dos doentes, sendo os locais mais comuns: pulmão, gânglios abdominais e glândula adrenal.

Caso Clínico

Homem de 54 anos, antecedentes de Hepatite C tratada, Hemocromatose, Doença hepática crônica com fibrose Fib 4, seguido em consulta de Hepatologia, Fumador 32 UMA e hábitos etanólicos moderados

Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) em Novembro de 2024 por cervicalgia severa com dor à deglutição e impossibilidade para tarefas simples.

Dada a ausência de melhoria, efetuou TC-coluna cervical que revelou “lesão osteolítica da massa lateral direita do atlas com extensão ao hemi-arco neural anterior direito e concomitante com fratura da massa lateral e da transição massa lateral e arco posterior. Coexiste lesão expansiva de partes moles peri-vertebral adjacente”.

Realizou RMN-coluna cervical observando-se “Lesão osteolítica com características expansivas a envolver a vertente direita de C1, sobretudo da sua massa lateral, com pequeno componente de partes moles/edema circundante e sem outras alterações”.

Ao exame: Glasgow Coma Scale 15, Força segmentar G5 globalmente mantida e simétrica. Hoffman negativo bilateralmente. Reflexos osteotendinosos mantidos e simétricos, sem alterações. Sem incontinência de esfíncteres, sem défices sensitivos e dor à palpação das apófises espinhosas cervicais.

Foi observado pela Neurocirurgia com indicação para uso de colar cervical rígido.

Do estudo laboratorial, destacava-se trombocitopenia (plaquetas 78000), INR 1.2, apTT 29.6, Albumina 3,9, Bilirrubina total 1.67, AST 35, ALT 51, LDH 179, AFP 12.2 ng/mL

Proteína de Bence-Jones negativa, Electroforese das proteínas sem pico monoclonal

TC toraco-abdomino-pélvica: “Provável Carcinoma Hepatocelular (CHC) multifocal com secundarização óssea com lesões líticas em L2 e L4. Biópsia guiada por TC de lesão óssea de apófise espinhosa de L4 que confirmou metástase óssea de Hepatocarcinoma.

Orientado para Oncologia e Radioterapia

Conclusão

Este caso descreve uma manifestação inicial atípica de CHC, com metastização óssea isolada. A metastização óssea de CHC está associada a estágio agressivo da doença e a mau prognóstico.

Síncope de esforço em doente com esclerodermia: desafios no diagnóstico e tratamento

Carlota Carvalho da Silva; Beatriz Batista; Luísa Carvalho

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÓNIO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A **esclerodermia limitada** é uma doença do tecido conjuntivo de atingimento multiorgânico, com atingimento cutâneo limitado às extremidades e face. Uma das complicações mais graves deste subtipo é o desenvolvimento de **hipertensão da artéria pulmonar (HAP)**. A HAP é uma condição rara, os sintomas são relacionados com sobrecarga de pressão e disfunção do **ventrículo direito** (VD), sendo a dispneia de esforço o sintoma cardinal mais precoce. O atraso diagnóstico é frequente, pelo que a suspeita elevada é fundamental para orientação.

Mulher, 42 anos, com esclerodermia limitada. Estudo inicial com ecocardiograma (ecoTT) com insuficiência tricúspide (IT) ligeira, a estimar pressão sistólica da artéria pulmonar (PSAP) 39 mmHg e teste seis minutos de marcha (T6MM) interrompido aos 4 minutos por dessaturação. **Evolução clínica** com dispneia para pequenos esforços e três episódios de síncope de esforço. Repete ecoTT, após um mês, com IT moderada a estimar PSAP 65mmHg com aumento da pressão na aurícula direita (AD), fluxo sistólico na artéria pulmonar anormal, dilatação marcadas de cavidades direitas e índice de excentricidade 1.5, com compromisso sistólico do VD. Orientada para **consulta de doença vascular pulmonar**. Do estudo, pro-BNP 2781pg/mL; cintigrafia pulmonar de ventilação/perfusão a excluir doença pulmonar tromboembólica crónica; cateterismo cardíaco direito a confirmar **HAP do grupo 1 com critérios de gravidade** (MPAP 57mmHg, PAWP 7mmHg, AD 16mmHg, índice cardíaco 1.7L/min/m², volume de ejeção 20mL/m² e RVP 16.1WU); novo T6MM interrompido aos 2 minutos e 41 segundos, por dessaturação. **Tendo em conta os dados clínicos e hemodinâmicos de elevado risco de mortalidade**, internada eletivamente para início imediato de terapêutica específica **vasodilatadora combinada tripla** com tadalafil, macitentan e perfusão de epoprostenol, com melhoria paulatina. Atualmente, dispneia para médios esforços, sem sinais de insuficiência cardíaca direita e sem novas síncope; proBNP 894pg/mL. A reavaliar em consulta de doença vascular a curto prazo, para titulação de epoprostenol.

A síncope de esforço no jovem é frequentemente negligenciada. Na esclerodermia, a associação à HAP deve ser sempre considerada, para melhor orientação do doente, com impacto final no seu prognóstico.

Carcinoma da mama à distância: um caso atípico

Ana Carolina Oliveira; Catarina Lourenço Rodrigues; Aida Valdez; Raul Barata; Daniela Batista; Miguel Gonçalves; Paulo Simão; Céu Evangelista; João Corrêa; Alfredo Carvalho; Miguel Castelo Branco

CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA, EPE / HOSPITAL DISTRITAL DA COVILHÃ

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

A neoplasia da mama é, geralmente, diagnosticada através da detecção de alterações estruturais da mama. Raras vezes, o quadro pode estar oculto e ser diagnosticado por lesões secundárias.

Caso clínico

Mulher de 50 anos, sem antecedentes relevantes, com história de dor lombar crónica (desde 2021) agravada, refractária à terapêutica médica com analgésicos opióides.

Internada em Medicina Interna (MI), referenciada da consulta de Neurocirurgia, para estudo de prováveis lesões metastáticas na coluna dorsal e lombar, reveladas em ressonância magnética (lesões líticas D12, L4 e L5, com radiculopatia associada). Foram realizadas Tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica (TC-TAP) e Tomografia de emissão de positrões (PET), a revelar alterações ósseas e ganglionares cervicais pelo que foram realizadas biopsias óssea (com resultado inconclusivo) e ganglionar (com tuberculose (TB) ganglionar). Não conseguindo atribuir a causa das lesões líticas ósseas a TB, repetiu biópsia óssea no bloco operatório. Iniciou tuberculostáticos e teve alta com seguimento em consulta de MI e aguardando resultado de nova biópsia.

O estudo histológico de lesão óssea revelou metástases ósseas de carcinoma com perfil imunofenotípico sugestivo de primário da mama. Por dor não controlada e com o intuito de realização de radioterapia paliativa, procedeu-se a um segundo internamento na MI. Foi realizada ressonância magnética mamária por suspeita de neoplasia da mama, a qual relata a existência de quistos e alterações fibróticas sem suspeita de malignidade (BIRADS 4a). Não foram realizadas biópsias da mama, por não haver lesões passíveis de serem analisadas.

Teve alta com seguimento em consulta de Oncologia, tendo iniciado hormonoterapia e quimioterapia paliativa, que mantém, até à data, com a sua doença oncológica estável.

Discussão

Discute-se este caso por ter sido um desafio diagnóstico, tendo sido a TB ganglionar um achado incidental. Apesar da doença avançada, a doente ainda se mantém estável com um ano de evolução.

Miopatia Congénita Central Core – Uma etiologia a não esquecer

Inês Anacleto; Paula Merino; Christian Neves; Ana Paiva Santos; Gisela Gonçalves; Leonor Naia

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO

Tema: Doenças raras

Introdução

A Miopatia Congénita Central Core (MCCC) é uma doença genética neuromuscular rara, de expressão variável, que obriga a um elevado índice de suspeição clínica. Pode cursar de forma assintomática ou manifestar-se desde o nascimento à idade adulta, sendo o défice de força muscular e a hipotonia as manifestações mais frequentes.

Caso clínico

Mulher de 50 anos, referenciada à Consulta de Medicina Interna por elevação assintomática da creatinoquinase (CK), pelo menos, desde 2017. Antecedentes de hipercolesterolemia, episclerite e ansiedade, medicada com alprazolam. Ao exame objetivo sem alterações da sensibilidade ou força muscular, sem atrofia muscular ou lesões cutâneas. Analiticamente, CK 504 U/L, mioglobina 106.6 ng/mL, LDH 248 U/L, ALT 36 U/L, AST 33 U/L, estudo de autoimunidade e serologias víricas negativas, TSH 2.70 mU/L e T4 livre 0.89 ng/dL, aldolase normal, VS 11 mm. Do restante estudo: eletromiografia descartou lesão da fibra muscular, estudo bioquímico lisossomal excluiu Doença de Pompe, teste de isquemia não foi compatível com doença de armazenamento de glicogénio, e ressonância magnética muscular (ombro) com alterações osteodegenerativas e tendinopatia. Realizou estudo genético que mostrou ser portadora da variante patogénica c.529C>T em heterozigotia, no gene RYR1, compatível com MCCC. Atualmente, doente mantém-se assintomática, estando a aguardar Consulta de Doenças Neuromusculares.

Discussão

A MCCC é uma doença subdiagnosticada, com sintomatologia inespecífica, cursando habitualmente com CK normal ou ligeiramente aumentada. Não existe tratamento dirigido, sendo este de suporte. Dada a sua associação com hipertermia maligna, deverá ser realizada uma avaliação pré-anestésica rigorosa com seleção adequada de fármacos, de forma a evitar resposta sistémica potencialmente fatal à anestesia. Após o diagnóstico, deve ser realizado aconselhamento genético ao doente e seus familiares, especialmente nos casos com padrão autossómico dominante.

Um caso de pasteurelose invasiva

Sara Miguel Cardeal Dourado; João Parodi; João Neves Maia

CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, EPE / HOSPITAL GERAL DE SANTO ANTÓNIO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

Pasteurella é um género de bacilos gram negativos, sendo a *P. multocida* a espécie que mais frequentemente causa doença humana. Esta zoonose é transmitida por inoculação cutânea através de mordeduras ou arranhadelas de gatos e cães. Normalmente é uma doença local e autolimitada. Em situações raras, em que há défice local ou global da imunidade, a infeção pode generalizar-se com envolvimento osteoarticular, cardiovascular, neurológico e pulmonar.

Caso clínico

Reportamos o caso de uma mulher de 86 anos, síndrome metabólica completa, com linfedema crónico do membro superior direito (MSD) após mastectomia, sem história prévia de infeções de tecidos moles. Contexto de aquisição de gato de poucos meses. Apresenta-se no serviço de urgência com quadro febril e extensos sinais inflamatórios de todo o MSD. Apresentava história de arranhadela na extremidade distal do MSD com desenvolvimento de sinais inflamatórios locais, tendo já cumprido 1 ciclo de amoxicilina/clavulanato e outro de clindamicina, sem resposta clínica. Hemoculturas positivas para *P. multocida*. Estudos de imagem a documentarem, para além da celulite do MSD, fleimão cervical bem como artrite séptica da articulação esternoclavicular esquerda e abscesso cervical posterior esquerdo (nível apófise espinhosa C4-C5). Sem condições para abordagem cirúrgica. Realizada punção ecoguiada articular, com drenagem de pus sem isolamentos. Cumpriu 6 semanas de antibioterapia com beta-lactâmicos em internamento. Em ambulatório, altera para ciprofloxacina oral pela melhor farmacocinética completando 12 semanas. Após 5 meses, apresenta-se sem achados de recidiva/persistência infecciosa.

Discussão

As infeções invasivas por *Pasteurella multocida* ocorrem em doentes com múltiplas comorbilidades ou imunodeprimidos. No nosso caso, para além da idade avançada e diabetes mellitus, destacamos a presença de linfedema crónico do MSD como fator predisponente para a persistência local e posterior generalização da infeção.

A Tetraparesia súbita- Paralisia Periódica Hipocalémica Tireotóxica

Tânia Pereira da Silva; Joana Rego; Flávia Santos; Gabriela Pereira; Carlos Fernandes; Jorge Cotter

CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE, EPE / HOSPITAL DA SENHORA DA OLIVEIRA

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

A paralisia periódica hipocalémica tireotóxica (PPHT) é uma urgência endocrinológica, potencialmente letal, caracterizada pela tríada: paralisia muscular, hipocalemia e tireotoxicose. É uma complicação rara do hipertireoidismo, particularmente associada à Doença de Graves, que ocorre por uma ativação excessiva da bomba $\text{Na}^+/\text{K}^+-\text{ATPase}$, promovendo a entrada de potássio nas células e reduzindo seus níveis no sangue. O hipertireoidismo aumenta a sensibilidade à insulina e catecolaminas, agravando a hipocalemia. As crises são desencadeadas por fatores precipitantes como dieta rica em carboidratos, exercício e estresse. Apresentamos o caso de um jovem com hipertireoidismo que desenvolveu este quadro.

Homem, 29 anos, com diaforese noturna, emagrecimento e episódios transitórios de fraqueza muscular nos membros inferiores no último ano. Diagnosticado com hipertireoidismo 3 meses antes pelo médico de família e com primeira consulta de Endocrinologia dois dias antes à admissão, na qual foi confirmado o diagnóstico de Doença de Graves e iniciada terapêutica com propranolol 40 mg e metibazol 5 mg. Na noite prévia à admissão, apresentou novo episódio de fraqueza muscular nos membros inferiores com agravamento progressivo associada a parestesias, motivando a sua ida ao SU. Apresentava ligeira proptose, tetraparésia: grau 4/5 dos membros superiores de predomínio proximal e plegia dos membros inferiores. Os reflexos osteotendinosos profundos estavam diminuídos. Analiticamente apresentava hipocalemia severa ($\text{K}^+ 2,2 \text{ mEq/L}$), contrastando com um valor normal ($4,2 \text{ mEq/L}$) na consulta de Endocrinologia dois dias antes, com fosfatemia e magnesemia normal. Realizou eletrocardiograma e TC Coluna sem alterações. Foi iniciada reposição de potássio por via endovenosa e oral com melhoria sintomática progressiva. Algumas horas depois, o doente encontrava-se assintomático e com potássio sérico corrigido ($\text{K} 4,65 \text{ mEq/L}$). Teve alta clínica, mantendo seguimento na consulta de Endocrinologia.

A PPHT é uma condição rara e potencialmente grave. A sua natureza transitória dificulta o seu diagnóstico. O tratamento envolve a correção da hipocalemia e o controle do hipertireoidismo. Deve-se ainda evitar os fatores precipitantes. O reconhecimento precoce e o tratamento adequado são fundamentais para evitar complicações fatais.

Da emergência ao diagnóstico: o papel do líquido pericárdico na abordagem do tamponamento cardíaco

Pedro Maia Neves; Sofia de Almeida; Rui Flores Ribeiro; Margarida França

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÓNIO

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

O tamponamento cardíaco é uma emergência médica potencialmente fatal, exigindo diagnóstico e intervenção rápidos. A ecografia à cabeceira do doente tem um papel crucial na identificação precoce e monitorização do derrame pericárdico, permitindo uma abordagem mais precisa e segura.

Caso clínico

Mulher, 59 anos, com vinda ao serviço de urgência por dor abdominal tendo realizado TC com documentação de derrame pericárdico de grande volume e trombose da veia porta. Durante a observação, desenvolveu tríade de Beck (hipotensão, apagamento dos sons cardíacos e turgescência venosa central) tendo sido submetida a pericardiocentese.

Após 72h em Unidade de Cuidados Intermédios, é transferida para enfermaria face à ausência de recrudescimento de líquido pericárdico.

Durante a evolução na enfermaria foi mantida a vigilância regular do líquido pericárdico por ecografia à cabeceira da doente. Estudo complementar a destacar lesão reticulada do mediastino médio parecendo envolver as paredes do brônquio principal direito. Da amostra recolhida do líquido pericárdico foi identificado adenocarcinoma provavelmente pulmonar com mutação do exão 19 do EGFR (A750del). PET a mostrar sinais de envolvimento medular/ósseo. Ausência de evidência de metastização cerebral. ECOG 1.

Revendo a história, constatado tabagismo passivo com convivente, podendo ser este o principal fator de risco para o quadro.

Iniciada quimioterapia paliativa com osimertinib (inibidor da atividade da tirosina quinase do EGFR).

Conclusões

A capacitação de internistas em ecografia à cabeceira do doente, permite a vigilância regular da evolução dos líquidos de cavidades serosas e a sua incorporação no registo diário. Adicionalmente e apesar do contexto de emergência é de crucial importância a análise dos líquidos extraídos do paciente tendo neste caso evitado-se uma broncofibroscopia.

Estimulação de barorreceptores carotídeos como tratamento de hipertensão resistente

Teresa Valido¹; Manuel Costa²; Filipa Figueiredo¹; Maria Abad Cardiel³

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE AMADORA/SINTRA

² HOSPITAL DE CASCAIS

³ HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO SAN CARLOS, MADRID

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

A hipertensão arterial (HTA) resistente define-se como HTA não controlada apesar da modificação de estilos de vida e terapêutica tripla com bloqueador do sistema renina-angiotensina, bloqueador dos canais de cálcio e diurético tiazídico, constituindo um desafio terapêutico. O tratamento baseia-se na associação de antagonistas dos recetores mineralocorticóides, bloqueadores alfa e beta, entre outros fármacos de segunda linha, bem como a desnervação renal. A estimulação de barorreceptores presentes no seio carotídeo pode ser uma opção nos casos refratários, não havendo registo de nenhum caso na população portuguesa.

Caso clínico

Homem de 65 anos, encaminhado a consulta por HTA resistente. Apresentava história médica de síndrome de apneia obstrutiva de sono (SAOS) sob ventiloterapia, fibrilhação auricular sob anticoagulação e dislipidemia. No que diz respeito à HTA, com diagnóstico há 10 anos, com episódios paroxísticos de crise hipertensiva. Do estudo de HTA secundária, além do SAOS sob tratamento, excluído hiperaldosteronismo, hipercortisolismo e HTA renovascular. Identificados níveis elevados de dopamina e cromogranina A, bem como adenopatia cervical com estudo de PET a revelar adenopatia hipermetabólica patológica. Submetido a cirurgia de ressecção de suspeito paraganglioma em 2022, sem qualquer melhoria no perfil tensional. Por manter HTA grau 3 foi submetido a desnervação renal em 2023 e em 2024 por ineficácia do primeiro procedimento. Manteve HTA não controlada, sendo proposto para colocação de baroestimulador, que decorreu em dezembro de 2024. Observou-se na primeira ativação uma redução de 15/10 mmHg na pressão arterial sistólica e diastólica respetivamente, sem significativos efeitos adversos.

Discussão

Apresentamos este caso por representar um exemplo prático de uma terapêutica que demonstrou efeitos benéficos na HTA resistente, sendo necessários estudos de maiores dimensões e aleatorizados para comprovar a eficácia deste procedimento.

Síncope como Apresentação Inusitada de Linfoma

Pedro Maia Neves; Sofia de Almeida; Vital da Silva Domingues

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÓNIO

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

A síncope é uma manifestação clínica comum na urgência, geralmente associada a causas neuromediadas, cardíacas ou ortostáticas. O RX tórax deve fazer parte da sua abordagem inicial permitindo identificar alterações anatómicas. Apesar de ser uma causa rara, a sua associação com massas mediastínicas deve ser considerada.

Caso Clínico

Homem, 33 anos, natural do Canadá e de férias em Portugal. Vinda ao serviço de urgência por síncope com o ortostatismo. Durante a avaliação inicial eletrocardiograma sem alterações. Durante a avaliação constada repetição de mais dois episódios. Realizou RX torax tendo-se identificado um alargamento do mediastino que foi caracterizado por TC. Documentada imagem volumosa com 68x62x98 mm de contornos bem definidos localizada anteriormente na região do tronco e ramo esquerdo da artéria pulmonar. Considerou-se compressão vascular como potencial mecanismo causal da síncope.

Dado o contexto de seguradora internacional, o doente foi transferido para o Canadá, onde a biópsia confirmou linfoma, permitindo um tratamento dirigido.

Conclusão

Este caso destaca a necessidade de uma abordagem sistemática e meticulosa da síncope, sobretudo em episódios recorrentes sem etiologia evidente. A presença de massas mediastínicas deve ser considerada no diagnóstico diferencial, uma vez que podem desencadear síncope por compressão vascular. A RX-Tórax desempenham um papel essencial na detecção precoce de achados inesperados, permitindo diagnósticos críticos em contexto de urgência

Abordagem diagnóstica de uma massa mediastínica num serviço de Medicina Interna

Manuel Lopes da Silva; Jéssica Vasconcelos; Joana Barbosa Rodrigues; Glória Nunes da Silva; António Martins Baptista

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, EPE / HOSPITAL DE SANTA MARIA

Tema: Doenças raras

Introdução

As massas mediastínicas implicam um diagnóstico diferencial extenso, que pode ir desde patologias benignas a patologias com mau prognóstico. Muitas destas massas permanecem assintomáticas por longos períodos, até ao aparecimento de sintomas relacionados com a compressão de estruturas adjacentes, atrasando o diagnóstico.

Caso Clínico

Doente do género feminino, 21 anos, que descreve cansaço progressivo com cerca de 3 anos de evolução, associado a tosse seca nas últimas 24 horas. No serviço de urgência, a telerradiografia torácica revelou hipotransparência na metade inferior do hemitórax direito. Realizou tomografia computadorizada torácica que demonstrou *“volumosa lesão expansiva maioritariamente quística, com cerca de 12x16x17cm (...) a lesão não parece partir do pulmão, levantando-se a hipótese de poder originar-se no mediastino anterior”*. Foi realizada biópsia guiada por ecografia, com drenagem de líquido acastanhado, complicada com derrame pleural volumoso, necessitando de drenagem torácica, com saída de líquido com as mesmas características. Estudo anatomopatológico negativo para células neoplásicas. Optou-se pela excisão da massa por toracotomia, procedimento que decorreu sem intercorrências. O diagnóstico anatomopatológico da massa foi de teratoma maduro do mediastino. A doente teve alta para consulta de Cirurgia Torácica e Reabilitação Respiratória, com resolução da sintomatologia.

Discussão

Perante uma massa mediastínica anterior, num doente jovem, o diagnóstico de teratoma deve ser considerado. Trata-se de um tumor benigno, de crescimento lento, que frequentemente é diagnosticado apenas quando causa compressão das estruturas adjacentes. O diagnóstico apresenta desafios, pois não existem marcadores específicos, e os exames de imagem podem revelar áreas de diferentes densidades não permitindo uma adequada caracterização da massa. Apesar de benigno, pelas suas dimensões, o tratamento é cirúrgico, permitindo a resolução da sintomatologia.

Nem tudo o que parece é

Carolina Chumbo; Rodrigo Brandão; Mónica Roxo-Rosa; Ana Rita Tomás; Constança Coutinho; Garcieth Gomes; Teresa Valido; Daniela Madeira

HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA

Tema: Doenças oncológicas

Os linfomas não-Hodgkin são um grupo de neoplasias hematológicas diversificadas, sendo o linfoma difuso de grandes células B o mais comum e agressivo, podendo ser fatal em semanas se não tratado. As manifestações clínicas são variadas e dependentes do subtipo histológico e locais envolvidos.

Apresentamos um doente de 59 anos, ex-fumador (40 unidades-maço-ano) e com hipertensão arterial. Recorreu ao Serviço de Urgência por toracalgia contínua na região inferior da face anterior do hemitórax esquerdo, com irradiação dorsal, com dois meses de evolução e de agravamento recente. A dor aliviava em decúbito dorsal e agravava em ortostatismo, na inspiração profunda e com movimentos do tronco. Sem outras queixas, nomeadamente sintomas B, nem trauma. À observação, estava orientado, com fácies de dor, hemodinamicamente estável, com saturação periférica de oxigénio de 99% em ar ambiente, apirético, sem adenopatias periféricas palpáveis e sem alterações à auscultação pulmonar. À palpação da grelha costal, com dor a nível dos 7º e 8º arcos costais e escápula esquerdos, sem outros sinais inflamatórios locais. Fez eletrocardiograma, que era normal. Analiticamente, sem aumento de troponina, sem elevação de parâmetros inflamatórios, anemia, lesão renal ou alterações iónicas. As radiografias de tórax e grelha costal esquerda mostraram obliteração do seio costo-frénico esquerdo. A tomografia computadorizada torácica revelou fratura e lesões líticas dos 7º e 8º arcos costais esquerdos; massa heterogénea de tecidos moles infra-escapular esquerda, com 10cm de maior diâmetro; espessamento pleural e derrame pleural esquerdos. Colocada a hipótese de neoplasia de tecidos moles, foi internado para estudo etiológico.

Do estudo subsequente, destaca-se esfregaço de sangue periférico, eletroforese de proteínas e imunofixação séricas sem alterações; tomografia computadorizada abdómino-pélvica sem novos achados. Fez biópsia ecoguiada da massa de partes moles, cuja análise anatomo-patológica diagnosticou linfoma difuso de grandes células B primário do osso, subtipo de centro germinativo e índice de proliferação de 60%. Foi encaminhado para Hematologia.

Este caso alerta para a importância do diagnóstico precoce destas neoplasias, tendo em conta a sua evolução rápida, de forma a permitir o início de tratamento o mais rápido possível.

Hepatite autoimune: a propósito de um caso de Esclerose Múltipla

Sara Miguel Cardeal Dourado¹; João Parodi¹; João Neves Maia¹; Inês Araújo²

¹ CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, EPE / HOSPITAL GERAL DE SANTO ANTÓNIO

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÓNIO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A hepatite autoimune (HAI) é uma doença inflamatória rara que afeta predominantemente a população feminina. Infecções víricas hepatotrópicas, imunizações e fármacos (como a nitrofurantoína, a minociclina e o Interferão Beta 1a- IFN Beta 1a) estão associados à indução da HAI em indivíduos geneticamente predispostos. Do ponto de vista analítico, associa-se à presença de padrão citocolestático, de Imunoglobulina G (IgG), de autoanticorpos antinucleares, anti-músculo liso e anti-microssomais hepáticos.

Caso clínico

Os autores relatam o caso de uma mulher, 64 anos, com esclerose múltipla (EM) e psoríase, sob IFN Beta 1a e fampridina. Contexto síndrome gripal há 2 semanas, após realização de pulsos de metilprednisolona (1 g, por 3 dias) por surto de EM. Apresenta-se no serviço de urgência, assintomática, encaminhada dos cuidados de saúde primários por padrão de lesão hepatocelular, sem disfunção hepática associada. Ecografia abdominal sem alterações. Reavaliada em consulta externa. Serologias víricas negativas. Estudo imunológico a documentar elevação da IgG (2340,0 mg/dL). Autoanticorpos antimitocondriais, antinucleares, anti-músculo liso e antiactinaF negativos, e autoanticorpos contra as proteínas *Liver Cytosol antigen 1*, *Src-like adaptor protein 1* e lipoproteína positivos (27,6 UR/mL). Biópsia hepática percutânea realizada revela infiltrado linfoplasmocitário, sugestivo de agudização de hepatite crónica de etiologia autoimune. Inicia terapêutica de indução combinada com prednisolona e azatioprina (AZA), com consequente remissão bioquímica.

Discussão

A abordagem terapêutica da HAI depende do grau de disfunção hepática. A corticoterapia é aconselhada, associada a AZA. O objetivo terapêutico é a remissão bioquímica e histológica. Uma vez alcançada, a terapêutica de manutenção com AZA deve ser mantida. No nosso caso, de destacar o aparecimento de HAI em paciente sob IFN Beta 1a por EM, com recuperação após terapêutica imunossupressora.

Co-infecção rara por *Granulicatella adjacens* e MRSA: Um caso de uma sépsis grave

Guilherme Jesus; Francisca Bartilotti; Celina Gonçalves; Daniel Coutinho

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A *Granulicatella adjacens* é uma bactéria raramente isolada, por vezes associada a infeções endovasculares e respiratórias, com maior prevalência em doentes imunocomprometidos ou com comorbilidades cardiovasculares. A co-infecção com MRSA em contextos de bacteriemia é particularmente desafiante, com risco de complicações graves, pela virulência e potencial de disseminação hematogénica.

Homem de 36 anos, toxicodependente, admitido por astenia, anorexia, tosse e tremores intermitentes com 3 dias de evolução. Encontrava-se séptico, hipotenso, com febre e sinais de má perfusão periférica. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios e hiperlactacidemia. Iniciado empiricamente ceftriaxone e azitromicina, excelente resposta à fluidoterapia. RX tórax e ecografia abdominal sem qualquer alteração. Durante o internamento teve isolamento em hemocultura de *Granulicatella adjacens* sensível à ceftriaxone. Baciloscopias, serologia VIH, VHB e VHC negativas. Excluída endocardite e espondilodiscite. Por manutenção de febre e sinais inflamatórios na região da coxa direita, e historial de uso injetável de drogas na veia femoral direita, repetiu hemoculturas e realizou angio-TAC e PET-Scan que revelaram trombo da veia ilíaca externa até à ilíaca comum, com algumas bolhas gasosas, sugestivas de TVP sobreinfetada/séptica. Iniciada hipocoagulação e vancomicina após identificação de MRSA com excelente resposta clínica e imagiológica. Por agravamento da função renal, realizado switch para teicoplanina e posteriormente para linezolid oral com resolução do quadro em 6 semanas.

A co-infecção por *Granulicatella adjacens* e MRSA é extremamente rara, com poucos casos descritos na literatura. A sinergia entre estes 2 microrganismos, que apresentam mecanismos de resistência distintos, pode ter um impacto catastrófico no prognóstico. O MRSA, com a sua frequente resistência a múltiplos antibióticos e elevada patogenicidade, aliado à *Granulicatella adjacens*, cujas infeções endovasculares podem ser particularmente difíceis de controlar, agrava substancialmente o quadro clínico. Este caso ilustra a complexidade do diagnóstico e da gestão terapêutica, sublinhando a importância de uma intervenção precoce e de uma abordagem multidisciplinar, fundamentais para a otimização do prognóstico.

Adenite mesentérica associada a infecção por *Helicobacter pylori* em mulher jovem

Ana Maria Baltazar; Liliia Savka; Joelma Mendes; Ana Sofia Soares; Inês Carvalho Santos; Diana Sales Marques; Nuno Reis Carreira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A adenite mesentérica é uma inflamação dos gânglios linfáticos mesentéricos, frequentemente associada a infeções bacterianas e virais. A infeção por *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) é uma das causas mais comuns de patologia gástrica, mas a sua associação com adenite mesentérica é rara. Este caso clínico descreve uma jovem com quadro de febre, dor abdominal, hepatoesplenomegália, adenite mesentérica e edema dos membros inferiores, com infeção por *H.pylori* como causa subjacente.

Caso clínico

Doente do sexo feminino, 26 anos de idade, sem antecedentes pessoais de relevo, recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de febre e dor abdominal. Em relação ao contexto epidemiológico há a referir viagem recente à África do Sul. Laboratorialmente apresentava anemia microcítica (10.9g/dL), PCR aumentada (8.19mg/dL), elevação ligeira da GGT e da fosfatase alcalina. Evoluiu com edema doloroso dos membros inferiores, a condicionar dor e limitação para a marcha. A doente foi internada para investigação etiológica, a pesquisa de infeção por *Wuchereria bancrofti* e *Trypanosoma* foi negativa, bem como as restantes serologias infecciosas, excluída ainda patologia auto-imune. Tomografia e ressonância magnética abdominal evidenciaram hepatoesplenomegália e gânglios mesentéricos aumentados em número e tamanho. Realizada endoscopia digestiva alta com biópsias, tendo sido documentada infeção por *H.pylori*. Foi iniciada terapêutica antibiótica, com melhoria clínica.

Discussão

A infeção por *H.pylori* é frequentemente associada a patologia gástrica, mas a sua relação com adenite mesentérica é menos conhecida. Este caso ilustra como a infeção por *H.pylori* pode causar adenite mesentérica e linfedema, podendo originar um quadro clínico complexo. A investigação detalhada e o tratamento adequado são essenciais para a resolução do quadro, como demonstrado neste caso. Este relato contribui para o reconhecimento de formas atípicas de apresentação da infeção por *H.pylori*.

“Transplante de Microbiota Fecal na Colite Pseudomembranosa Recorrente: Um Relato de Caso”

Joana Martins da Silva; Catarina Vale; Jacinta Costa Ruivo; Isabel Garrido; Maria Teresa Antunes; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

O transplante de microbiota fecal (TMF) surge como uma abordagem terapêutica promissora na colite pseudomembranosa (CP) recorrente, cujas recidivas estão associadas à disbiose induzida por antibióticos, agravada pela ampliação do espectro e frequência da sua administração. Ao introduzir microbiota saudável, o TMF restaura a diversidade microbiana e interrompe este ciclo, tornando-se num tratamento eficaz para infeções recorrentes por *Clostridioides difficile*.

Uma mulher de 87 anos (escala de fragilidade clínica de 7) com antecedentes de neoplasia do cólon (pT2pN0M0), tratado com hemicolectomia direita e quimioterapia adjuvante há oito anos, apresentou-se no serviço de urgência com queixas de diarreia sanguinolenta e febre com cinco dias de evolução. Nos últimos cinco meses, teve três episódios de CP, tratados respetivamente com um ciclo de vancomicina oral, um esquema de desmame lento de vancomicina oral e um ciclo de fidaxomicina oral. A análise sanguínea mostrou leucocitose com neutrofilia e elevação da proteína C-reativa (PCR); a tomografia computadorizada abdominal evidenciou espessamento difuso do cólon, mais pronunciado no cólon sigmoide e descendente; com a amostra de fezes positiva para toxina e ADN de *Clostridium difficile*. A doente foi considerada elegível para TMF. Foi efetuada colonoscopia com instilação de 200mL de material fecal processado. Após o procedimento, verificou-se resolução da diarreia e da leucocitose, bem como regressão da PCR. No momento da submissão, sete semanas após o TMF, a evolução clínica permanece favorável, sem evidência de recidiva.

Este caso descreve uma doente com CP recorrente, na qual um único TMF resultou na resolução imediata da sintomatologia, sem evidência de recorrência da infeção. Destaca-se assim o potencial do TMF na restauração da eubiose, evitando as recorrências induzidas por antibióticos, e consequentemente desempenhando um papel fundamental na resolução da CP recorrente.

Macroamilasémia: uma causa rara de elevação da amilase

Ana Rubim Correia¹; Glória Gonçalves²; Sofia Ribeiro Ferreira¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÓNIO

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO AVE

Tema: Doenças raras

Introdução

A amilase é uma enzima digestiva produzida maioritariamente pelo pâncreas e glândulas salivares. A sua elevação sérica (hiperamilasémia) associa-se frequentemente a doenças pancreáticas ou das glândulas salivares, mas também pode ocorrer noutras condições, como alcoolismo crónico, diabetes mellitus e neoplasias. A macroamilasémia, uma condição rara e benigna, resulta da ligação da amilase a proteínas plasmáticas, reduzindo a sua clearance renal. Está descrita a sua associação com infeção pelo VIH, linfomas, doença celíaca, gamopatias monoclonais e doenças imunomediadas. O diagnóstico pode ser estabelecido com base no ratio clearance de amilase e de creatinina (ACCR), que se encontra diminuído (<1%; normal: 3-4%).

Caso Clínico

Mulher de 33 anos, assintomática e sem antecedentes de relevo. Referenciada a consulta externa de Medicina Interna por serologia positiva para o vírus da Hepatite B em contexto de transmissão vertical, sem critérios para início de terapêutica dirigida. Serologia do vírus da hepatite C e VIH negativas. Apresentava, ainda, elevação sustentada da amilase (alfa amilase total: 1274-1328 U/L; valor de referência: 0-100 U/L), lipase normal. Exame objetivo inocente. Estudos adicionais (hemograma, bioquímica, imunologia, eletroforese de proteínas) sem achados relevantes. Ecografia abdominal e das glândulas salivares sem alterações e tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica a documentar hiperplasia tímica, sem evidência de lesões tumorais. Ratio ACCR <1%, sugestivo de macroamilasémia.

Discussão

Apesar da hiperamilasémia ser frequentemente associada a doenças do pâncreas, perante elevações assintomáticas da amilase e na ausência de outros achados de relevo, o diagnóstico de macroamilasémia deve ser equacionado.

Melanoma Metastático com Envolvimento Mediastínico

Marta Custódio Roldão; Catarina Santos-Jorge; Marta Anstácio; Margarida Matias; João Oliveira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LISBOA OCIDENTAL

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

O melanoma é a forma mais grave de cancro da pele, com frequente metastização para o pulmão, fígado, osso e cérebro. A maioria é diagnosticada precocemente, mas alguns apresentam doença metastática no diagnóstico. Este caso descreve melanoma com metastização mediastínica, pulmonar e hepática.

Caso Clínico

Sexo feminino, 43 anos, caucasiana, história de melanoma da orelha e canal auditivo direito, diagnosticado e excisado em 2009. Em agosto de 2024, iniciou quadro de dispneia, cansaço e dor pleurítica. A tomografia computadorizada (TC) tórax revelou uma massa no lobo superior esquerdo e derrame pleural, com citologia suspeita para células neoplásicas. A broncofibroscopia evidenciou metastização traqueobrônquica de melanoma, confirmada por biópsias. A tomografia por emissão de positrões destacou múltiplos depósitos pulmonares secundários. Iniciou imunoterapia e oxigenoterapia.

Um ano depois, iniciou quadro de toracalgia, dispneia, tosse e febre, com agravamento do estado geral. A radiografia torácica mostrou hipotransparência à direita, sugerindo derrame pleural e atelectasia com desvio mediastínico. A TC de tórax revelou massa mediastínica com efeito compressivo nas cavidades cardíacas direitas. Analiticamente apresentava anemia e aumento dos parâmetros inflamatórios. Foi assumida progressão de doença, com provável sobreinfecção e dor não controlada. Iniciou amoxicilina e ácido clavulânico empírico e internou-se para controlo sintomático. Após 10 dias de antibiótico, escalou-se para piperacilina-tazobactam pela persistência de febre e aumento dos parâmetros inflamatórios. Manteve insuficiência respiratória grave devido à atelectasia, em contexto da massa mediastínica. A TC de re-estadiamento revelou nova lesão hepática. A doente foi avaliada pela equipa de Cuidados Paliativos, mas recusou seguimento. Após controlo da dor, teve alta conforme a sua preferência, com orientação a Oncologia.

Discussão

Este caso destaca a complexidade do tratamento do melanoma metastático, especialmente com envolvimento mediastínico e pulmonar. A causa mais comum de morte no melanoma metastático é a insuficiência respiratória pelas metástases pulmonares. A abordagem paliativa é essencial para o controlo dos sintomas.

Síndrome de Dubin-Johnson: and it was all yellow

Inês Machado Martins; Vanessa Barcelos; Maria Guadalupe Benites; Catarina Machado; Leonor Monjardino

HOSPITAL DE SANTO ESPÍRITO DA ILHA TERCEIRA

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Introdução

A Síndrome de Dubin-Johnson (SDJ) é uma doença genética rara, autossómica recessiva, caracterizada por um defeito na excreção da bilirrubina conjugada pelos hepatócitos. A sua prevalência estimada é de 1:100000, com apresentação típica na adolescência ou início da vida adulta. Geralmente, manifesta-se por icterícia crónica ligeira a moderada, sem prurido associado, podendo estar acompanhada de astenia e desconforto abdominal.

Caso clínico

Descreve-se o caso de um homem de 25 anos, natural dos EUA, sem antecedentes patológicos e familiares relevantes. Negava consumo de álcool ou drogas ilícitas, mas referia consumo regular de creatina e *pouches* de nicotina. Foi admitido por quadro de icterícia, com colúria, acolia e prurido associados, astenia e dor epigástrica. À admissão, constatou-se hiperbilirrubinémia grave (bilirrubina total 25 mg/dL e bilirrubina direta 17.3 mg/dL), sem elevação significativa dos restantes parâmetros de citocolestase. Os exames de imagem excluíram obstrução biliar. O estudo autoimune e as serologias víricas com os principais vírus hepatotrópicos foram negativos. Coproporfirinas totais na urina globalmente aumentadas, com coproporfina I aumentada, correspondendo a 75% da excreção total de coproporfirinas. Realizada cintigrafia hepatobiliar, que mostrou ausência de visualização da vesícula biliar e trânsito biliodigestivo lentificado. Por fim, foi efetuada biópsia hepática que revelou pigmentação castanho-escura difusa. Assim, após uma avaliação exaustiva e perante a história clínica, exame objetivo, exames laboratoriais e imagiológicos e resultado da biópsia foi estabelecido o diagnóstico de SDJ. O doente evoluiu favoravelmente, com resolução espontânea da icterícia, apresentando, à data de alta bilirrubina total 5.85 mg/dL e bilirrubina direta 4.18 mg/dL.

Discussão

Embora seja uma entidade benigna, a SDJ pode, raramente, manifestar-se com hiperbilirrubinémia grave. O reconhecimento desta condição é fundamental na investigação de icterícia com predomínio de bilirrubina conjugada, evitando exames e tratamentos desnecessários.

Discinésia Ciliar Primária: uma causa menosprezada de bronquiectasias no adulto

Inês Duro; Catarina Duarte; Patrícia Neves; Tânia Lopes; Luísa Viveiros; Célia Cruz

CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, EPE / HOSPITAL GERAL DE SANTO ANTÓNIO

Tema: Doenças raras

Introdução

A discinésia ciliar primária (DCP) é uma doença rara, clínica e geneticamente heterogénea, que se caracteriza por disfunção da motilidade ciliar. Apesar de clinicamente se manifestar na infância, a complexidade do diagnóstico faz com que seja uma entidade tardiamente reconhecida, requerendo elevada suspeição clínica. No adulto, as bronquiectasias surgem como sinal de alerta.

Caso clínico

Mulher, 58 anos, autónoma. Antecedentes de hipertensão arterial, sem história de tabagismo. Enviada a consulta por tosse crónica irritativa, sem evidência de patologia pulmonar em provas de função respiratória ou atopia, e sem resposta a suspensão de iECA. Nasofibrolaringoscopia compatível com drenagem pós-nasal. Tomografia computadorizada torácica com discretas bronquiectasias cilíndricas de distribuição difusa associadas a alterações inflamatórias brônquicas, sem critérios de fibrose ou patologia do interstício pulmonar; sem situs inverso. A marcha diagnóstica complementar, a acometer estudo imunológico, serologia de HIV e aspergillus, doseamento de alfa-1-antitripsina e teste do suor, não mostrou alterações de relevo. Realizada biópsia de cílios nasais que mostrou uma diminuição estatisticamente significativa da frequência de batimento ciliar média associada a um padrão de batimento ciliar maioritariamente discinético (52%) do tipo coordenado de baixa amplitude. Estes resultados, a par do fenótipo clínico, favoreceram um diagnóstico preliminar de DPC, a pender confirmação formal por microscopia eletrónica. Referenciada a consulta de Genética.

Discussão

A DCP é uma doença rara, de diagnóstico desafiante, baseado numa elevada suspeição clínica. A oferta terapêutica, no entanto, ainda se resume às medidas gerais para bronquiectasias. Com a Medicina cada vez mais centrada em fenótipos e prescrição individualizada, destaca-se a importância do encaminhamento destes doentes a centros multidisciplinares dedicados, potenciando a ampliação do seu leque terapêutico.

Pneumocistose como apresentação da imunodepressão

Cassiana Vasconcelos; Marta Baião; Inês Nogueira da Fonseca; Inês Vaz Pinto; Diogo Cruz

HPP HOSPITAL DE CASCAIS

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A história natural da infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) resulta no Síndrome de Imunodeficiência Humana Adquirida (SIDA) que se caracteriza pela redução do número de linfócitos CD4+ e maior suscetibilidade a infeções oportunistas. O *Pneumocystis jirovecii* é um fungo, transmitido pela inalação de partículas contaminadas e o homem é um dos seus reservatórios. Nas pessoas imunodeprimidas, é um agente oportunista de infeção pulmonar que condiciona uma das doenças definidoras de SIDA.

Homem com 27 anos, natural da África do Sul, saudável, que recorreu ao SU por quadro de dor torácica, dispneia, tosse seca, febre, perda ponderal, sudorese noturna, cefaleias, mialgias e diarreia, com cerca de 1 mês de evolução. Trazia serologia VIH positiva realizada em ambulatório, mas ainda sem seguimento. À admissão hospitalar, estava hipoxémico, taquicárdico, com murmúrio vesicular diminuído bilateralmente. Laboratorialmente, destacava-se Proteína C Reativa 12,27mg/dL, CD4+ 10 cél/uL, vírus respiratórios, hemoculturas e antigenúrias negativos e AcVIH1 positivo, com carga viral 318.023 cópias/mL. Fez tomografia computadorizada torácica com extensa densificação em vidro despolido, bilateral no parênquima pulmonar. Fez broncofibroscopia e foi isolado *Pneumocystis jirovecii* no lavado broncoalveolar. Iniciou tratamento empírico para pneumonia da comunidade e dirigido para pneumocistose. Iniciou terapêutica antirretroviral sem intercorrências. Durante o internamento verificou-se melhoria clínica e laboratorial, pelo que teve alta, orientado à consulta de imunodeficiência. Após dois meses de terapêutica encontra-se clinicamente bem, com linfócitos CD4 245 cél/uL e carga viral 210 cópias/mL.

A pneumocistose ainda é uma causa frequente de apresentação inaugural da infeção VIH, com elevada morbilidade e mortalidade associadas. Este caso destaca-se pela imunossupressão grave à apresentação, que obriga a vigilância apertada de eventual síndrome de reconstituição imunológica e aparecimento de outras infeções oportunistas. O rastreio de infeção VIH na população adulta diminui os casos de diagnóstico tardio.

A história de um Síndrome de Sjogren primário

Ana Sofia Pimenta; Margarida Midões; Margarida Soares Resendes; João Faia; Guilherme Cunha; Beatriz Pinheiro; Susana Cavadas

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

O Síndrome de *Sjogren* primário é uma doença autoimune caracterizada por inflamação crónica das glândulas exócrinas, principalmente salivares e lacrimais. Cursa com elevada morbilidade, com um conjunto vasto de manifestações extraglandulares que afetam vários órgãos e sistemas.

Caso clínico

Mulher de 72 anos, seguida em consulta de medicina interna desde os 47 anos por Síndrome de *Sjogren* primário, inicialmente com síndrome *sicca*, poliartralgias periféricas e axiais, controlados com lágrimas artificiais, hidroxicloroquina e anti-inflamatórios.

Após 14 anos de seguimento, objetiva-se tumefação parotídea bilateral, sem características de malignidade na ecografia.

Um ano depois, referência a sudorese, perda ponderal e infeções respiratórias de repetição, tendo a tomografia computadorizada (TC) torácica revelado padrão micronodular centrilobular difuso no parênquima pulmonar, bronquiectasias e áreas de densificação em vidro despolido. A broncofibroscopia e biópsia por videotoracoscopia fizeram o diagnóstico de bronquiolite folicular secundária a Síndrome de *Sjogren*.

Persistiu paucissintomática durante 3 anos, com posterior adenopatia submandibular e tumefação parotídea, perda ponderal, sudorese noturna e anorexia. Fez biópsia dirigida, que permitiu o diagnóstico de linfoma difuso de grandes células B. Cumpriu 6 ciclos de R-CHOP, com remissão completa. Manteve-se em vigilância clínica, analítica e imagiológica regular. Após 1 ano de ausência de sintomas sugestivos de doença linfoproliferativa, objetivou-se tumefação auricular anterior direita. Dos exames complementares de diagnóstico, o medulograma revelou leucemia mieloblástica aguda, com falecimento após 1 mês.

Discussão

Este caso clínico evidencia a necessidade do seguimento regular dos doentes com síndrome de *Sjogren* primário pois, trata-se de uma doença autoimune que, embora raramente, se sobrepõe a doenças hemato-oncológicas, como representa o caso descrito.

Neoplasia de novo ou recidiva após 13 anos?

Ricardo Fernando Monteiro Pedrosa; Diana Chaves; Francisco Matos; Ana Isabel Machado; Francisco Gonçalves; Luísa Pinto; Paulo Gouveia

HOSPITAL DE BRAGA

Tema: Doenças oncológicas

O Linfoma não-Hodgkin de grandes células (LNH DGC) é uma forma agressiva de LNH com células B malignas de crescimento rápido e assim o diagnóstico e tratamento precoces são essenciais para o prognóstico.

Caso clínico: Homem, 87 anos, antecedentes de Hipertensão arterial, Dislipidemia, Diabetes mellitus 2 e Macroglobulinemia de Waldenstrom. Fez Quimioterapia com R-FC (2009-2010) seguindo-se Rituximab até 2012, com desaparecimento do pico M.

Recorre à Urgência por astenia, dispneia e tosse com 3 meses de evolução. Sem alterações do hemograma e dos parâmetros inflamatórios. Tomografia Computorizada (TC) Torácica com “Derrame pleural (DP) de moderado volume à esquerda. Sem adenomegalias mediastínicas. Pequena coleção no mediastino anterior, de 24x106x64mm”. Realizou toracocentese diagnóstica e evacuadora de líquido sero-hemático, com citologia sem células malignas, 70% linfócitos, estudo micro e microbiológico sem isolamento de agente. Internado em Medicina Interna para estudo. Serologias e IGRA negativos e repete TC Toracoabdominopélvico que caracteriza “massa na loca tímica ocupando o mediastino antero-superior de 7.2x5.2cm; 2ª lesão na porção inferior do mediastino anterior, já próximo do diafragma, de 10x3.6cm.” Na Tomografia de emissão de positrões (PET) as massas apresentam hipercaptação (SUVmáx 5.4 e 5.6) levantando a suspeita de envolvimento neoplásico maligno e DP esquerdo de moderado volume, sem captação significativa.

A biópsia percutânea da massa mediastínica apenas na 3ª colheita mostrou diagnóstico sugestivo de LNH DGC primário.

Iniciou tratamento R-Mini-CHOP e por ausência de resposta passou a Radioterapia paliativa. PET de reavaliação já com “redução das lesões mediastínicas”. Mantém-se em consulta de Hemato-Oncologia.

Com este caso podemos aprender que o diagnóstico definitivo das neoplasias nem sempre se obtém à primeira tentativa e muitas vezes exigem uma longa marcha diagnóstica que tenha em consideração os diagnósticos diferenciais possíveis.

De cólica renal a neoplasia vai uma grande distância

Ricardo Fernando Monteiro Pedrosa; Diana Chaves; Francisco Matos; Ana Isabel Machado; Francisco Gonçalves; Luísa Pinto; Paulo Gouveia

HOSPITAL DE BRAGA

Tema: Doenças oncológicas

A linha pectínea é uma estrutura anatómica localizada no canal anal, dividindo-o em parte superior e inferior, com potencial de originar lesões preocupantes.

Caso clínico

Homem, 57 anos, antecedentes de Diabetes mellitus tipo 2 e Leucemia promielocítica aguda (2016) em remissão.

Recorre à Urgência por lombalgia esquerda, náuseas e diarreia com meses de evolução. Sem alterações do hemograma e dos parâmetros inflamatórios. Na Tomografia Computorizada abdominopélvica “dilatação pielocalicial esquerda (14mm), tortuosidade do ureter, sem evidência de causa obstrutiva. Adenopatias retroperitoneais com predomínio lateroaórtico esquerdo suspeitas”. Urologia é de opinião tratar-se de dilatação pielocalicial por compressão extrínseca. Internado na Medicina Interna para investigação. Imunologia e serologias negativas. Estudo de fezes sem agente identificado. Urina II assim como Imunofenotipagem de sangue periférico sem alterações. A Tomografia de emissão de positrões (PET) com “formações nodulares hipermetabólicas adenopáticas, retroperitoneal lateroaórtica e interaortocava e em topografia pré-sagrada paramediana esquerda, destaca-se esta por intensa atividade metabólica e 3.5cm”. Em discussão com Gastrenterologia e Radiologia de Intervenção, opta-se por ultrassonografia transendoscópica onde se veem “adenopatias peri-rectais, a maior com 15mm” cuja histologia foi “carcinoma epidermóide bem diferenciado, focalmente queratinizante”. Em Colonoscopia “mucosa infiltrativa e ulcerada do canal anal”. Por se tratar de um Carcinoma epidermóide da linha pectínea, estadio T4N+M1 foi observado por Cirurgia Geral e, conjuntamente com Oncologia, decidiu-se Quimioterapia paliativa de 1ª linha.

Com este caso clínico é possível aprender que o estudo das neoplasias obriga muitas vezes a uma abordagem multidisciplinar que começa na Medicina Interna e que envolve, inevitavelmente, outras diferentes perspectivas médico-cirúrgicas que culminam no diagnóstico.

Significado de acrocianose no idoso

João Bernardo Pereira; Joana Formiga Viegas; Inês Carvalho Sousa; Ana Paula Vilas

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, EPE / HOSPITAL DE SANTA MARIA

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

A acrocianose corresponde à cianose das extremidades, mãos, pés e, por vezes, face, resultando da acumulação local de oxihemoglobina. Pode ser primária ou secundária. A 1ª é habitualmente idiopática ou de etiologia genética, ocorre em jovens, é bilateral e indolor e não se complica de gangrena ou ulceração. A 2ª é mais frequente no idoso e associa-se a hipoxemia crónica, seja em contexto de doença pulmonar, neoplasia, AVC, doença arterial periférica, vasculite, etc. É tipicamente assimétrica e pode associar-se a dor e lesão tissular. No caso da neoplasia, pode ser a sua forma de apresentação, resultando da produção de aglutininas frias ou crioglobulinas.

Caso Clínico

Homem, 86 anos, avaliado por acrocianose unilateral. Havia tido um AVC isquémico e tinha plegia sequelar do membro superior direito (MSD). Já havia realizado ecodoppler arterial daquele membro, sendo este normal. Ponderou-se acrocianose 2ª à plegia sequelar do MSD, por erro postural condicionando compromisso vascular (e que se corrige quando se faz o ecodoppler, pois corrige-se a postura do membro). Entretanto, investigou-se a etiologia de lesões cutâneas exuberantes que o doente apresentava no tronco desde há anos, diagnosticando-se micose fungóide. Com o tratamento desta, e mantendo o doente plegia do MSD, a acrocianose desapareceu, comprovando-se a sua natureza paraneoplásica.

Discussão

O presente caso chama a atenção para 2 possíveis causas frequentes de acrocianose. Por um lado, a acrocianose num doente idoso deve obrigar a equacionar neoplasia e, dentro destas, doença linfoproliferativa. Por outro, no caso apresentado, a causa parecia óbvia, já que o doente tinha plegia do MSD e mantinha-o pendente, com o ombro homolateral descaído. Mas a semiologia sugeria uma 2ª hipótese, a de linfoma cutâneo, que se comprovou, não deixando a evolução dúvidas sobre a natureza paraneoplásica da acrocianose.

Qual o azar? Um caso visceral

Ana Osório Petrucci; Joana Marina Gouveia; Miguel Cabral Carrilho; Nuno Alemão-Serrano; Teresa Vieira e Gouveia; António Martins Baptista

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, EPE / HOSPITAL DE SANTA MARIA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A Leishmaniose é uma infeção causada por parasitas protozoários intracelulares obrigatórios do género *Leishmania* spp. Existem 2 formas: a cutânea, mais comum, e a visceral. A leishmaniose visceral tem uma apresentação clínica e laboratorial bastante variável e inespecífica, tornando o seu diagnóstico um desafio, exigindo um elevado índice de suspeição clínica.

Os autores apresentam este caso pela gravidade de apresentação e complexidade inerente ao seu diagnóstico.

O caso apresentado é de um doente do sexo masculino de 65 anos, admitido no Serviço de Medicina Interna por um quadro consumptivo associado a febre e hipersudorese noturna, hepatoesplenomegália e uma lesão cutânea eritematosa na coxa com cerca de 1 mês e meio de evolução. Laboratorialmente apresentava pancitopenia, elevação de parâmetros de citocolestase com ligeira hiperbilirrubinémia, LDH e PCR elevadas. Ecograficamente com sinais sugestivos de hepatite aguda.

Foi iniciada a marcha diagnóstica tendo como mais prováveis hipóteses de diagnóstico, zoonose ou leucemia mielóide aguda.

O doente foi observado pela Dermatologia que realizou biópsia da lesão cutânea.

A evolução do doente em internamento foi pautada pelo agravamento do seu estado geral e da pancitopenia, tendo sido identificado uma síndrome hemofagocítica.

Após uma marcha diagnóstica exaustiva, foi o resultado da biópsia cutânea que permitiu o diagnóstico de leishmaniose, tendo o doente iniciado tratamento dirigido. Na fase inicial do tratamento, apresentou uma complicação com pneumonite intersticial que se assumiu ser no contexto de leishmaniose visceral.

A revisão deste caso permite alertar para a variabilidade de apresentação clínica e laboratorial da leishmaniose, devendo esta hipótese de diagnóstico ser contemplada precocemente para que, a confirmar-se, o tratamento dirigido possa ser iniciado, já que se trata de uma doença letal na ausência do mesmo.

Doença de Creutzfeldt-Jakob: um subdiagnóstico com destino traçado

Rita Relvas; Cassiana Vasconcelos; Ana Maria Grilo; Nuno Ferreira Monteiro; Sandra Sousa; Diogo Cruz

HOSPITAL CASCAIS - DR. JOSÉ DE ALMEIDA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

Capaz de mimetizar múltiplas patologias neuropsiquiátricas, a Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ) apresenta um reconhecimento difícil, tardio e, muitas vezes, retrospectivo. Apresenta-se um caso cujo diagnóstico surge de uma intrigante alteração comportamental.

Caso Clínico

Mulher, 64 anos, recorre ao Serviço de Urgência (SU) por queixas mnésicas, desequilíbrio, heteroagressividade e delírios de perseguição, com 4 meses de evolução. Objetivamente com humor deprimido, desorientação temporoespacial, delírios persecutórios, alucinações visuais e auditivas, insónia e desequilíbrio da marcha, com pequenos passos e robotizada. Estudo analítico normal; tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RMN) cranioencefálicas (CE) com achados de leucoencefalopatia crónica microangiopática, com restrição de sinal na sequência de difusão inespecífica (cabeça do núcleo caudado esquerdo); eletroencefalograma (EEG) e líquido cefalorraquidiano (LCR) sem alterações. Assumida Perturbação Funcional, sobreimposta de demência vascular, sendo dada alta. A doente retorna 1 mês depois por síncope atribuída, após estudo, a Tromboembolismo Pulmonar, devidamente anticoagulado. Destaca-se marcada deterioração cognitiva e motora, com inatenção, contacto pouco sintónico, hipomímia, lentificação psicomotora, discurso parco e labilidade emocional, mantendo delírios e alucinações. Acresce fraqueza muscular, praticamente incapaz de deambulação, ataxia e bradicinesia. Da investigação destaca-se EEG com atividade paroxística moderada, com ondas abruptas fronto-temporais à esquerda; RMN-CE com achados patognomónicos de DCJ; LCR com elevação de proteína 14.3.3 ($> 80000\text{AU/mL}$). Feito diagnóstico presuntivo de DCJ, com privilégio de medidas de suporte. A doente evoluiu com total mutismo, paresia, disfagia e retenção urinária, com desfecho fatal em 3 semanas. Confirmação histológica de DCJ variante esporádica em autópsia *postmortem*.

Discussão

A DCJ é uma doença neurodegenerativa rapidamente progressiva, com incidência subvalorizada fruto de um difícil diagnóstico diferencial. Os autores visam não só relembrar esta entidade, como sensibilizar para os sinais de alarme que devem motivar a sua pesquisa ativa.

O Paradoxo da Supressão Viral: Vasculite Cerebral em Doente com VIH

Ana Rita Cardoso Andrade; Francisca Sarmiento; João Martins Neves; Marco Narciso; António Martins Baptista

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

O acidente vascular cerebral (AVC) isquémico é uma complicação neurológica significativa em pessoas com VIH, com risco 40% superior ao da população geral. Pode resultar de fatores cardiovasculares, neuroinflamação pelo VIH e infeções oportunistas, exigindo uma abordagem multidisciplinar para diagnóstico e tratamento.

Caso Clínico

Mulher, 47 anos, melanodérmica, hipertensa, VIH+ sob terapêutica, com antecedentes de panuveíte por toxoplasmose, inicia quadro de assimetria facial, disartria e déficit de força no membro superior direito. Referia cefaleias, mal-estar com meses de evolução e perda de acuidade visual (AV) do olho direito nas últimas 2 semanas. Ao exame objetivo: parésia facial central direita, disartria e hemiparesia direita. Angio TC-CE apenas com alterações de leucoencefalopatia ao VIH. Assumiu-se diagnóstico de AVC isquémico do hemisfério esquerdo e foi internada para estudo etiológico. Doppler vasos pescoço e transcraniano, holter e ecocardiograma sem alterações. Analiticamente com VS 58, CD4+ 821, carga viral <20. Serologias e punção lombar negativas para infeções oportunistas. Angio RM-CE com isquémia recente das artérias lentículo-estriadas e coroídeias esquerdas, lesão isquémica na ACM direita, e alterações compatíveis com vasculite. Ecodoppler das artérias temporais sugestivo de vasculite. Pela diminuição da AV foi observada por oftalmologia que diagnosticou recidiva da panuveíte por toxoplasmose. Assumiu-se quadro de vasculite relacionada com HIV, iniciando terapêutica dirigida e corticoterapia. Após o início de tratamento com melhoria sintomática, com resolução de sintomas nos meses seguintes.

Conclusão

Embora a fisiopatologia da vasculite ao VIH não esteja bem definida, é mais frequentemente descrita em doentes com CD4 < 100. Porém, estudos sugerem que existe uma associação entre vasculite intracraniana e contagens baixas de CD4, enquanto a vasculite extracraniana parece estar mais associada a doentes com contagens de CD4 normais. A avaliação de um doente com VIH com sintomas neurológicos de novo pode ser um desafio, devendo compreender diagnósticos diferenciais como alterações decorrentes da ação direta do VIH e do seu tratamento, bem como infeções oportunistas.

Défice de Vitamina B12 – Etiologia rara de Síncope

João Martins Neves; João Freitas Silva; Ana Rita Andrade; António Martins Baptista

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, EPE / HOSPITAL DE SANTA MARIA

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A síncope é uma entidade frequente na prática clínica. A determinação da sua etiologia é fundamental para uma abordagem terapêutica adequada.

Caso clínico

Doente do sexo feminino, 82 anos, internada para estudo etiológico de síncope recorrentes. Apresentava episódios presenciados de perda transitória de consciência com rápida recuperação espontânea, precedidos de náusea e sudorese, ocorrendo maioritariamente no período pós-prandial. Negava palpitações, precordialgia, mordedura da língua ou incontinência de esfíncteres. Apurou-se também parestesia distal nos membros superiores e inferiores, em padrão de “luva e bota”. No internamento realizou múltiplos exames complementares de diagnóstico – eletrocardiograma, registo Holter 24h, ecocardiograma transtorácico, doppler dos vasos do pescoço e eletroencefalograma - não se tendo identificado alterações significativas que justificassem o quadro.

Da avaliação laboratorial, salienta-se macrocitose sem anemia, e vitamina B12 com níveis indeseáveis. Verificou-se positividade para os anticorpos anti-célula parietal, além de uma alimentação deficitária em carne e peixe, pelo que foi medicada com cianocobalamina intramuscular. Logo no início da correção do défice, a doente deixou de apresentar síncope. No entanto, as parestesias persistiram apesar da reposição de B12.

Discussão

Apresenta-se o caso de uma doente com síncope recorrentes, tendo sido admitida como etiologia a disfunção autonómica associada ao défice grave de vitamina B12. O caso é reportado pela raridade da apresentação e resolução do quadro após administração intramuscular de cianocobalamina. Salienta-se a importância de considerar causas menos frequentes de síncope, especialmente quando existem fatores clínicos ou laboratoriais sugestivos.

Quando os pulmões sobem à cabeça

Bruno Sequeira Campos; Ana Isabel O. Ribeiro; Cristiana Malhó; Ana Catarina Domingues; Ricardo Martins da Ascensão; Mariana Pedrosa; Joana Filipe Leite; Renato Saraiva

ULS-REGIÃO LEIRIA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

O *Streptococcus constellatus* é uma bactéria Gram positiva, anaeróbia facultativa, pertencente ao grupo dos *Streptococcus anginosus*. Pertence à flora comensal respiratória alta, gastrointestinal e sistema genito-urinário. Tem especial apetência piogénica, sobretudo pulmonar e cerebral, embora habitualmente não em simultâneo.

Apresentamos o caso de uma mulher de 38 anos, com antecedentes pessoais relevantes de status pós-cirurgia bariátrica no ano anterior e tabagismo ativo. Recorreu à urgência por sensação de mal estar-inespecífico associado a náuseas e vômitos. Enquanto aguardava observação, verificou-se alteração do estado de consciência e agitação psicomotora súbitos.

Do exame objetivo salientamos obnubilação alternada com agitação, desorientação temporo-espacial e anisocoria. Realizou tomografia computadorizada que identificou uma “área de hipodensidade nucleocapsular esquerda com extensão à substância branca frontal, no seio da qual se observava uma imagem isodensa com discreto reforço densitométrico periférico após a administração de contraste iodado” e um “nódulo cavitado no segmento posterior do lobo superior”. A punção lombar revelou um líquido purulento, com 1360 células/mm³, 100% polimorfonucleares, com hiperproteíno-rraquia, sem consumo de glicose. Iniciou terapêutica empírica com ceftriaxone, ampicilina e dexametasona em dose de penetração no sistema nervoso central. Necessitou de proteção de via aérea e neuroproteção em unidade de cuidados intensivos.

Isolou-se na cultura do líquido um *Streptococcus constellatus*. Cumpriu posteriormente no total 6 semanas de benzilpenicilina e 4 semanas de vancomicina dirigidos. Apresentou remissão clínica completa no fim do tratamento. Não foi identificado qualquer fator de imunossupressão adicional.

Do estudo exaustivo realizado, destacamos hemoculturas seriadas negativas e a deteção de um foramen ovale patente comprovado por ecocardiograma transesofágico que provavelmente terá contribuído para a disseminação hematológica.

Com este caso clínico, pretendemos relembrar a existência deste agente pouco frequente, altamente patogénico, com propensão para a formação de abscessos, numa apresentação agressiva e com 2 localizações síncronas, facilitado por foramen ovale patente, sendo raros os casos descritos na literatura.

Estatinas e mialgias: para além do óbvio

Maria Rui Gomes; Sara M. Ribeiro; Beatriz Câmara Lourenço; Luciana Silva; Joana Cochicho

CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

As estatinas são globalmente usadas e, frequentemente, associam-se a efeitos secundários como mialgias, que levam à sua suspensão. Mais raramente, também pode ocorrer mionecrose clinicamente significativa (0.5% dos casos).

Caso Clínico

Mulher, 73 anos, 2 pontos na escala *Fraility*. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia (sob Atorvastatina há 3 anos), diabetes *mellitus* tipo 2 e Síndrome de Takotsubo. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de incapacidade progressiva para a marcha por dor, com diminuição de força nos membros inferiores (grau 3/5), sem mais alterações objetiváveis. Analiticamente, realça-se aumento marcado da creatinaquinase (CK 8381 U/L - 48x limite superior da normalidade) e mioglobina (Mg 1724 ng/mL) à admissão, anemia normocítica normocrómica, velocidade de sedimentação de 50 mm/Hr, anticorpos (Ac) anti-antígenos de miopatias negativos, eletromiografia compatível com miopatia inflamatória proximal, biópsia muscular do deltoide esquerdo compatível com miopatia necrotizante e Ac anti-3-hidroxi-3-metilglutaril-coenzima A redutase (anti-HMGCR) positivo. Iniciou tratamento com corticoide 1mg/Kg/dia, com boa resposta clínica e analítica inicial, tendo tido alta medicada com Prednisolona 40mg/dia. Reinternada, 1 mês após alta, por agravamento das queixas, tendo realizado imunoglobulina endovenosa e iniciado metotrexato em associação com corticoide, com melhoria clínica, mas persistência de elevação da CK. Tolerou a redução de dose de corticoide até 15mg/dia, com agravamento analítico a partir desse patamar. Proposto tratamento com Rituximab.

Conclusão

A miopatia necrotizante imunomediada anti-HMGCR é uma patologia grave e rara, que pode estar associada ao uso de estatinas, e que deve ser considerada na marcha diagnóstica de doentes com dores musculares persistentes. A gestão destes doentes pode apresentar-se como um verdadeiro desafio, passando o tratamento por fármacos *off-label*.

Metástases Cerebrais a mimetizar infeção do SNC, a propósito de um caso clínico

Ana Isabel Ribeiro; Bruno Campos; Tiago Seco; Joana Filipe Leite

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE LEIRIA

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

No estudo de lesões ocupantes de espaço (LOE) no cérebro, a distinção entre causas infecciosas e metastáticas pode ser complexa, exigindo uma abordagem integrada.

Caso Clínico

Os autores apresentam um caso de um homem, 55 anos, com antecedentes de hipertensão, dislipidemia e tabagismo, admitido no serviço de urgência por crise convulsiva inaugural.

Apresentava-se hipotenso, febril, dispneico e taquicárdico, sem alterações neurológicas.

Realizou estudo analítico que mostrou aumento dos parâmetros inflamatórios e disfunção renal; TC torácica a mostrar área extensa de pneumonia esquerda; TC cerebral que mostrou lesões hipodensas subcortais de natureza não definida.

Assim, colheu hemoculturas e realizou punção lombar para exclusão de infeção do Sistema Nervoso Central (SNC).

Durante o internamento com boa resposta à antibioterapia instituída com melhoria clínica. Realizou RMN cerebral, onde se identificam 7 lesões expansivas intra-axiais corticosubcortais dispersas. Todas elas captantes de contraste e na sua maioria necroticoquísticas. O conjunto dos achados favorecia a hipótese de se tratarem de lesões infecciosas com conteúdo piogénico; no diagnóstico diferencial alternativo não se podia excluir lesões neoformativas secundárias.

Tendo em conta o potencial infeccioso, realizou colheita de produto das LOE com apoio da Neurocirurgia para estudo antimicrobiano com resultado negativo. Pesquisa de IGRA negativa, serologias a sugerir infeção recente para *Chlamydomydia pneumoniae*. Estudo do LCR negativo. Concomitantemente, colocando-se a hipótese de metástases cerebrais fez pesquisa de lesão primária: estudos endoscópicos negativos; TC toracoabdominopélvica com identificação da pneumonia em resolução com lesão com contornos espiculados com 14,6 mm no lobo superior esquerdo a equacionar lesão neoformativa ou sequele da pneumonia em resolução.

Com 4 semanas de antibioterapia instituída, realizou PET sugerir lesão neoplásica maligna primitiva de alto grau do pulmão com metástases pulmonares, ganglionares e da supra-renal.

Posteriormente orientado para Pneumologia Oncológica.

Discussão

O caso ilustra a complexidade do diagnóstico diferencial entre infeção do SNC e metástases cerebrais, destacando a necessidade de exames complementares para um diagnóstico preciso.

Enfisema Subcutâneo e Pneumomediastino: Uma Complicação da Sonda Nasogástrica

PEDRO MIGUEL PIRES MOULES¹; Rita Palma Féria²; Madalina Gututui²; Fernando Martos Gonçalves²; Ana Grilo²

¹ HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução

A colocação de sonda nasogástrica é um procedimento frequentemente realizado nos serviços de saúde. Em alguns casos, essa necessidade é temporária devido à perda da via oral, enquanto em outras situações torna-se uma solução crónica. Como qualquer procedimento a sua execução pode estar associada a complicações.

Caso clínico

Este caso refere-se a uma mulher de 86 anos, totalmente dependente com história de síndrome demencial grave e necessidade de sonda nasogástrica crónica por disfagia. Sem outra história relevante neste contexto. A doente é trazida ao serviço de urgência por edema facial com cerca de duas horas de evolução com dor associada. O único evento prévio descrito foi uma tentativa mal-sucedida de reposicionamento da sonda nasogástrica após sua exteriorização.

Na admissão, a doente estava consciente, mas desorientada no tempo e no espaço, pouco colaborante e com facéis de dor. O exame físico revelou edema facial sem acometimento da língua, eritema ou calor local. À palpação, notavam-se crepitações bilaterais na face e na parede torácica anterior, associadas a dor. A auscultação cardíaca evidenciava sons rítmicos sem sopros, enquanto a auscultação pulmonar revelou murmúrio vesicular mantido e simétrico, sem ruídos adventícios. Não foram identificadas outras alterações no exame objetivo.

Foi realizada uma tomografia computadorizada do pescoço e do tórax, que revelou extenso enfisema subcutâneo nos planos cervicais e pneumomediastino, associado a enfisema subcutâneo na parede torácica anterior.

Diante do quadro clínico e dos achados imagiológicos a doente permaneceu em vigilância, e tendo em conta as comorbilidades e dependência prévia foi decidido em equipa o tratamento conservador.

Discussão

Este caso ilustra a importância de uma criteriosa avaliação dos riscos e benefícios ao indicar procedimentos invasivos, uma vez que podem ocorrer complicações com repercussões imediatas ou tardias. A ponderação dessas variáveis é essencial para garantir a melhor abordagem terapêutica possível para cada paciente.

Crise Visceral no Cancro da Mama Metastático: Definições a propósito de um Caso Clínico

Rita Penaforte; Margarida Mourato; Beatriz Sá Pereira; Teresa Costa Pereira; Maria Leonor Neves; Miguel Achega; Fernando Aldomiro

HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA

Tema: Doenças oncológicas

Uma crise visceral ocorre quando uma doença metastática é responsável pela rápida disfunção de órgão(s), não havendo critérios objetivos amplamente aceites para a sua definição. A definição deste termo no cancro da mama metastático foi incluída inicialmente nas guidelines de 2014 da *European School of Oncology (ESO)* ? *European Society of Medical Oncology (ESMO)* no *2nd International Consensus Guidelines for Advanced Breast Cancer (ABC2)*. Neste consenso, a Crise Visceral foi definida como uma disfunção orgânica grave, avaliada por sinais e sintomas, testes laboratoriais e rápida progressão da doença. No ESO-ESMO Consensus Guidelines (ABC5), publicado em 2020, outra definição é introduzida, o conceito de “crise visceral iminente”, um cenário clínico para o qual ainda não existem critérios para a crise visceral, mas prevê-se que esta venha a ocorrer.

Este caso trata de uma doente do sexo feminino, 79 anos de idade, totalmente autónoma nas atividades de vida diária. Antecedentes pessoais conhecidos de Diabetes Mellitus tipo 2 não insulinotratada, Hipertensão arterial, Dislipidémia, Doença vascular periférica e Tiroidectomia total em 2018 por microcarcinoma papilar. Recorreu ao Serviço de Urgência por cansaço de agravamento progressivo, com meses de evolução. Neste contexto, diagnóstico inaugural de carcinoma invasivo da mama direita metastizado (pulmão, fígado, osso). Analiticamente, com disfunção hepática moderada a grave, com aumento significativo das transaminases, ainda sem elevação da bilirrubina. Iniciou quimioterapia com paclitaxel, em dose reduzida em 50% pela disfunção hepática, da qual só realizou 1 ciclo com consequente agravamento significativo do estado geral. Tendo em conta o agravamento significativo e o mau prognóstico a curto prazo, foi realizada simplificação terapêutica ficando com cuidados dirigidos ao conforto, tendo acabado por falecer no espaço de 1 semana.

Este caso ilustra uma crise visceral iminente no contexto do cancro da mama metastático, destacando a sua gravidade, a rápida deterioração clínica e prognóstico muito desfavorável. A ausência de critérios objetivos amplamente aceites reforça a necessidade de uma avaliação individualizada.

Hipertensão Arterial e Doença Renal na Doença Inflamatória Intestinal: coincidência ou causalidade?

Gisela Moreira Pinheiro; Rita Novera de Sousa; Nídia Pereira; Sandra Silva

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, EPE / HOSPITAL PEDRO HISPANO

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Introdução

As doenças inflamatórias intestinais (DII) são patologias crônicas multifatoriais, cuja fisiopatologia continua a ser alvo de investigação. A inflamação sistêmica tem sido implicada no desenvolvimento de manifestações extraintestinais, conferindo um desafio adicional à abordagem clínica destes doentes. Vários estudos sugerem um risco aumentado de doença renal crônica (DRC) na população com DII. Adicionalmente, a colite ulcerosa (CU) tem sido identificada como um fator de risco independente para hipertensão arterial (HTA), levantando questões sobre potenciais mecanismos fisiopatológicos subjacentes.

Caso clínico

Mulher de 31 anos, com diagnóstico de CU há cerca de 10 anos, previamente medicada com Mesalazina e Azatioprina e, nos últimos 3 anos, sob Adalimumab. Admitida por *flare* da DII. Seis meses antes, havia sido diagnosticada com HTA perfil *dipper* e, concomitantemente, documentado um declínio progressivo da função renal, com creatinina sérica máxima de 1,4 mg/dL-

O estudo de causas secundárias de HTA foi negativo: ecografia renal com doppler arterial e ressonância magnética abdominais sem alterações estruturais e doseamentos hormonais, incluindo aldosterona, renina, cortisol sérico, metanefrinas e catecolaminas urinárias, dentro dos valores de referência; ecocardiograma transtorácico dentro da normalidade; sedimento urinário sem alterações e ausência de proteinúria; estudo imune e serologias víricas negativos; imunoeletroforese de proteínas séricas sem evidência de monoclonalidade.

Conclusão

A coexistência de HTA e doença renal numa doente jovem com DII há uma década, associada à ausência de causas secundárias identificáveis, reforça a hipótese de uma relação fisiopatológica subjacente. Este caso corrobora as evidências emergentes da literatura, apontando para a necessidade de um maior reconhecimento destas complicações na prática clínica. Estudos adicionais são fundamentais para validar esta associação e esclarecer os mecanismos subjacentes, permitindo uma abordagem mais dirigida e eficaz na gestão destes doentes.

AUTODESTRUÇÃO - O DESAFIO DAS DOENÇAS AUTOINFLAMATÓRIAS

Marta Mesquita; Andreia Lopes Sousa; Inês Pinto Rodrigues; Patrícia Florindo; Filipa Marques Rodrigues; Maria João Palavras; Ana Rita Marques; Ilídio Brandão

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

As doenças autoinflamatórias resultam de hiperativação anormal do sistema imunitário na ausência de agente infeccioso. São raras e habitualmente causadas por mutações genéticas. A clínica consiste em episódios inflamatórios recorrentes/persistentes de febre, erupções cutâneas ou artralgias. O diagnóstico deve ser considerado na presença destes sintomas, após exclusão de outras causas. O tratamento foca-se no controlo sintomático com anti-inflamatórios, glucocorticoides ou agentes biológicos.

Caso clínico

Homem, 61 anos, antecedentes de colite ulcerosa e vitiligo, com múltiplos internamentos por febre, sintomas constitucionais e lesões cutâneas. Inicialmente apresentava lesões compatíveis com eritema nodoso, sendo submetido a estudo etiológico extenso que excluiu tuberculose pulmonar e neoplasia. Medicado com vedolizumab que suspendeu pela suspeição de ser causador das alterações cutâneas. Iniciado ustecinumab que também suspendeu após aparecimento de rash cutâneo acneiforme na face e diminuição da acuidade visual. Colocada hipótese de micose fungóide, excluída após biópsia cutânea. Realizou tomografia por emissão de positrões (PET) com captação no sistema linfopoiético e estudo genético tendo sido identificadas variantes patogénicas no gene PLCG2, causadoras de síndrome autoinflamatório, défice de anticorpos e desregulação imunitária. Neste contexto iniciada azatioprina com surgimento de novo exantema pruriginoso generalizado que levou à sua suspensão e posterior reintrodução, com incrementos de dose paulatinos, encontrado-se neste momento sem febre ou lesões cutâneas.

Discussão e conclusão

Existe um amplo espectro de doenças autoinflamatórias que diferem na apresentação clínica e fisiopatologia. O nível de suspeição deve ser alto perante doentes com episódios recorrentes de inflamação, durante meses ou anos. Este caso ilustra o desafio diagnóstico constituído por este tipo de patologias, pois só após estudo exaustivo foi possível chegar a um diagnóstico e a própria terapêutica não foi isenta de complicações.

SÍNDROME DE CONGESTÃO PÉLVICA: O IMPACTO INVISÍVEL DA DOR CRÔNICA

Marta Mesquita; Andreia Lopes Sousa; Inês Pinto Rodrigues; Patrícia Florindo; Filipa Marques Rodrigues; Maria João Palavras; Ana Rita Marques; Ilídio Brandão

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

A síndrome de congestão pélvica (SCP) caracteriza-se por ingurgitamento venoso na região pélvica causando dor crónica. Outras queixas incluem dispareunia, dismenorreia, disúria e varizes no abdómen inferior. A multiparidade, disfunção valvular e compressão venosa são fatores de risco. O diagnóstico é baseado na clínica e em achados imagiológicos, após exclusão de outras causas. Não existe tratamento específico, devendo ser individualizado e dirigido às queixas, através de terapêutica médica (analgésicos, venotrópicos ou anticoncepcionais), endovascular ou cirúrgica.

Caso clínico

Mulher, 44 anos, enviada à consulta de Medicina Interna por dor abdominal crónica na fossa ilíaca esquerda (FIE) com 6 anos de evolução, que agravava com o período menstrual e relações sexuais. Associadamente, com períodos de diarreia alternando com trânsito normal e flatulência, além de dor epigástrica, associada a náuseas e vômitos, pirose e eructação. Ao exame objetivo destacava-se abdómen doloroso à palpação, com empastamento na FIE. Do estudo etiológico realizado, excluídas causas ginecológicas/obstétricas, causas gastrointestinais e urinárias e excluídas causas raras como porfirias. Para avaliação de causas musculoesqueléticas e vasculares, realizado angiografia por tomografia computadorizada (angioTC) abdominal que mostrou “proeminência bilateral do plexo venoso peri-uterino e também da veia ovárica esquerda”, confirmando o diagnóstico de síndrome de congestão pélvica. Iniciada terapêutica sintomática com bioflavonóides com melhoria parcial e proposta para embolização após avaliação por Ginecologia e Cirurgia Vascular.

Discussão e conclusão

Este caso reforça a importância de uma abordagem diagnóstica detalhada, visto que a SCP é frequentemente subdiagnosticada dada ausência de critérios diagnósticos definitivos. Não existe um tratamento específico, devendo este ser dirigido às queixas do doente, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida através do alívio sintomático.

Complicações da Punção Lombar: Desafios e Riscos

TIAGO JOAO ALMEIDA VALENTE; Marta Gonçalves; Francisca Araújo; Ana Rita Soares; Arnaldo Vasconcelos; Rita Gonçalves; Paulo Almeida; Marta Soares Carreira; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A punção lombar (PL) é um procedimento invasivo utilizado para a colheita do líquido cefalorraquidiano (LCR), sendo essencial no diagnóstico de infeções do sistema nervoso central, assim como para avaliar envolvimento do SNC em doenças inflamatórias ou neoplásicas. É um procedimento que não é isento de riscos sendo a contaminação do LCR uma complicação rara.

Apresenta-se um caso de uma doente de 80 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, suspeita de artrite de células gigantes sob corticoterapia crónica, internada por prostração, febre e SIRS analítico. Neste contexto foi realizada PL, sem alterações citológicas ou bioquímicas sugestivas de infeção do Sistema Nervoso Central. Isolamento posterior de E.coli multissensível em urocultura, hemocultura (HC) e no LCR. Por queixas de dor lombar realizou RMN lombar com identificação de espondilodiscite em L3-L4 com abscesso do psoas. Iniciou por isso antibioterapia com ceftriaxone 2g bid, assumindo-se inoculação do LCR secundária à realização da PL, que cumpriu 21 dias, posteriormente com ajuste para 1g até completar 6 semanas para tratamento da espondilodiscite. HC posteriores colhidas nas primeiras 48h negativas.

Este caso procura realçar que a decisão sobre a realização de PL deve ser ponderada, nomeadamente a relação risco benefício, a necessidade diagnóstica e a possibilidade de métodos alternativos para esclarecimento etiológico, uma vez que, principalmente em doente com bacteriemia ou infeções vertebrais, como a espondilodiscite, existe a possibilidade de contaminação do LCR no momento da coleta, podendo originar infeções secundárias do SNC.

MALA: A bagagem pesada da Metformina

Bárbara Alves Passos; Ana Cordeiro Gomes; Ana Oliveira Monteiro; Jorge Almeida

CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO, EPE

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

A metformina é amplamente utilizada como tratamento de primeira linha da diabetes mellitus tipo 2 e na prevenção de complicações microvasculares e macrovasculares. A acidose láctica associada à metformina (MALA) está relacionada com a dose utilizada e com condições que comprometem a função renal. É rara, mas potencialmente fatal, com mortalidade entre 30 a 50%. Assim, deve ser considerada esta hipótese diagnóstica em todos os doentes sob terapêutica com este fármaco, especialmente na presença de sintomas inespecíficos e agravamento do estado clínico.

Homem 74 anos, com história médica de diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia e fibrilhação auricular. Apresentava à admissão vômitos, diarreia e acidose metabólica grave. Do estudo, com pH 6,98, HCO_3^- 6,3 mmol/L, lactato 14,2 mmol/L e creatinina 5,8 mg/dL, confirmando disfunção renal e hiperlactemia severa. Revendo a medicação habitual do doente e dado o contexto clínico apresentado, foi estabelecido o diagnóstico de MALA com lesão renal agda Inicialmente, com estratégia de fluidoterapia sem resposta adequada, sendo necessária diálise emergente. O doente evoluiu favoravelmente, com normalização da função renal, equilíbrio ácido-base compensado e débito urinário adequado. Teve alta com suspensão de metformina como causa central do quadro.

A MALA é uma condição rara com alta taxa de mortalidade. A suspeita diagnóstica e a indução de terapêutica dialítica precoce são decisivas para recuperação completa da função renal. A apresentação inicial, como vômitos e diarreia, são comuns em várias patologias o que pode atrasar o diagnóstico e, consequentemente o tratamento. Em alguns casos descritos na literatura, pH e lactatos poderão ser inicialmente normais devido à compensação respiratória, o que pode mascarar a gravidade da acidose e tornar mais difícil a suspeição. Além disso, a análise deste caso reforça a importância da gestão cautelosa da metformina, especialmente em doentes idosos ou com comorbilidades. A função renal basal normal de um doente pode rapidamente ser comprometida por várias condições, como infeções ou desidratação, tornando a dose habitual potencialmente tóxica. É perentório adotar uma atitude preventiva, uma vez que a MALA é uma complicação grave que exige uma abordagem clínica rigorosa, com diagnóstico precoce e tratamento imediato.

Lembrete: nem todas as pneumonias são simples pneumonias

Juliana V. Nogueira¹; Tiago Sá²; Teresa Machado²; Nicole Fernandes²; Sara Conde²; Manuela Vanzeller²; Carla Ribeiro²; Ana Cristina Ferreira²; Eloísa Silva²; Teresa Shiang²

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Doenças respiratórias

A clínica da aspiração de corpo estranho pode ir desde ausência de sintomas a uma emergência.

Apresento o caso de uma mulher, de 39 anos, ex-fumadora, com tosse seca desde novembro. A 20/12, por febre e expectoração purulenta, é medicada com Amoxicilina + ácido clavulânico. Agravamento 2 semanas depois, com tosse com expectoração purulenta raiada de sangue, odinofagia, mialgias, febre, rinorreia e crises esternutatórias, tendo sido medicada sintomaticamente. Por manutenção do quadro, é admitida a 02/02, objetivando-se condensação da base direita, leucocitose de $39 \times 10^9/L$, com neutrofilia e PCR 21 mg/dL. Tem alta medicada com Levofloxacina. Retorna após 4 dias, com expectoração mucopurulenta, de cheiro fétido e dor pleurítica direita. À admissão, murmúrio vesicular diminuído na base direita. Agora com hipotransparência dos 2/3 inferiores do hemicampo direito, leucocitose de $28,69 \times 10^9/L$, com neutrofilia e PCR 37,27 mg/dL. Angiotomografia computadorizada a objetivar consolidação a ocupar praticamente a totalidade do lobo inferior direito (LID), com “área de parênquima consolidado mal sistematizadas com hiporrealce e algumas bolhas gasosas associadas, sugerindo foco de abcedação pulmonar. Obliteração proximal do brônquio lobar direito, com material parcialmente calcificado”. Broncofibroscopia com “LID obstruído por corpo estranho. Após extração, saída de secreções leitosas.” Melhoria clínica após o procedimento. Sem memória para episódio de engasgamento, aspiração ou perda de consciência que possam justificar o sucedido. Admitida em Unidade de Hospitalização Domiciliária, onde cumpriu 14 dias de Piperacilina/Tazobactam, com switch para Levofloxacina oral. Tomografia computadorizada a documentar melhoria.

Este é um caso de pneumonia “de repetição” por obstrução brônquica por corpo estranho. É importante para nos lembrar que nem todas as pneumonias são simples pneumonias e que, em casos selecionados, devemos prosseguir investigação.

Causa incomum de Hemorragia Digestiva

Inês Bento Andrade¹; Francisca Lourenço Ramos²; João Rio²; João Carlos Oliveira¹; Alexandra Silvestre¹; Pedro Ferreira Nunes¹

¹ CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, EPE / HOSPITAL DE S. FRANCISCO XAVIER

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LISBOA OCIDENTAL

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

Os tumores estromais gastrointestinais (GISTs) são neoplasias mesenquimais pouco frequentes. Localizam-se principalmente a nível do estômago e intestino delgado. Mais comuns em idade superior a 50 anos e o seu diagnóstico é histopatológico. Clinicamente associam-se a anemia, dor abdominal e melenas, não obstante, muitas vezes são assintomáticos.

Caso Clínico

Mulher, 60 anos, melanodérmica. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por episódio inaugural de vômitos e melenas, associado a 4 meses de evolução de dor abdominal tipo cólica localizada na região do epigastro e hipocôndrio esquerdo, sensação de enfartamento pós-prandial e anorexia. Referia ainda massa abdominal e perda ponderal de 20kg nos últimos 2 anos. Apresentava massa palpável, dura e dolorosa no hipocôndrio esquerdo, anemia com hemoglobina de 6.9g/dL e “volumoso tumor sólido com ponto de partida indeterminado” na ecografia abdominal realizada. Para caracterização da lesão realizou TC toraco-abdomino-pélvica com volumosa massa neoformativa no quadrante superior esquerdo com 21cm de maior eixo em contacto extenso e moldagem do estômago, baço e pâncreas. Realizou ecoendoscopia com área de aparente compressão extrínseca, úlcera linear no corpo gástrico proximal e volumosa massa com áreas necróticas e de continuidade com a parede gástrica. Biópsias confirmaram histologicamente tumor GIST. Manteve-se sem perdas hemorrágicas e hemodinamicamente estável. Pela extensão e compressão das estruturas adjacentes, em reunião multidisciplinar, decidiu-se referência para oncologia para terapêutica neoadjuvante para citorredução com Imatinib e posterior excisão do tumor.

Conclusão

Os GIST, ao apresentarem clínica escassa ou inespecífica são muitas vezes infra diagnosticados sendo fundamental a suspeita clínica. É uma patologia cujo diagnóstico e tratamento requer uma avaliação multidisciplinar com partilha de conhecimentos das várias áreas conforme documentado neste caso.

Quando a Listeria te sobe à cabeça...

Sofia Moreira; Beatriz Silva; Hugo Ventura; Filipa Reis; Inês Rento; Catarina Oliveira; Edite Nascimento

CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VEISEU, EPE / HOSPITAL DE SÃO TEOTÓNIO, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A meningite a *Listeria monocytogenes* é uma entidade rara, que afeta principalmente imunocomprometidos. A infeção ocorre por consumo de alimentos contaminados (não pasteurizados, carnes processadas, frutas e vegetais) lavados inadequadamente. O diagnóstico precoce é essencial para instituição rápida de antibióterápia, evitando consequências nefastas e reduzindo a morbimortalidade.

Caso Clínico

Senhora de 65 anos, com antecedentes de Esclerose múltipla sob Teriflunomida, DM2, HTA e Dislipidemia. Recorre ao SU por febre e discurso confuso com 1 dia de evolução, apresentando vômitos. Teria recorrido no dia anterior aos cuidados de saúde primários por lombalgia. Da história psicossocial de referir que o marido teve episódio de diarreia 2 ou 3 semanas antes, e que tinham estado em Cuba de férias no mês anterior.

Ao exame objetivo com discurso impercetível e febre (40,5°C), difícil de ceder a antipiréticos; pupilas mióticas bilateralmente. Gasimetricamente com insuficiência respiratória e hipocaliemia ligeira. Rx de tórax, ecografia abdominal, TC-CE, TC coluna lombar e combur, sem alterações. Analiticamente com elevação ligeira dos marcadores de inflamação.

Realizou punção lombar, com saída de líquido “água-de-rocha”, tendo iniciado empiricamente aciclovir, ampicilina e ceftriaxone, dado manter febre e confusão mental. Por depressão do estado de consciência (ECG 9), foi admitida no serviço de medicina intensiva. Paineiro microbiológico do LCR positivo para *Listeria monocytogenes*, assumindo-se o diagnóstico de meningoencefalite a *Listeria*. Permaneceu internada no SMI durante 4 dias, tendo sido transferida posteriormente para a enfermaria de medicina, com melhoria progressiva do estado clínico.

Discussão

O caso supracitado, pretende demonstrar o impacto do diagnóstico e tratamento precoces da meningite bacteriana, mesmo quando se trata de um líquido “atípico”. Desta forma é possível tratar adequadamente os doentes, evitando sequelas neurológicas ou morte prematura.

A Enigmática Doença Óssea de Paget - um Caso Clínico

Cláudia Sousa¹; Inês Faustino²; Carlos Lélis¹; Teresa Faria¹

¹ SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, SESARAM, EPERAM

² SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA, SESARAM, EPERAM

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A doença óssea de Paget é a segunda doença do metabolismo ósseo mais comum e caracteriza-se por uma remodelação óssea desorganizada [1]. Frequentemente, os doentes são assintomáticos, o que pode dificultar o seu diagnóstico [1,2].

Apresentamos o caso clínico de um homem de 82 anos com antecedentes pessoais de gamopatia monoclonal de significado indeterminado (MGUS), hipoacusia grave, insuficiência cardíaca (IC) e 2 episódios prévios de fraturas ósseas (tibial e peroneal em 2007 e femoral em 2024). Foi internado por infeção do trato urinário associado a lesão renal aguda e IC aguda. Durante o internamento, verificou-se uma elevação da fosfatase alcalina (FA), já presente desde 2010, sem outros distúrbios, como desequilíbrios hidroeletrólíticos, elevação de marcadores de lesão hepática ou alteração na relação entre cadeias de imunoglobulinas e eletroforese de proteínas. Estes dados não eram compatíveis com progressão de MGUS e, considerando a hipoacusia, múltiplas fraturas prévias, IC e elevação da FA colocou-se a hipótese de doença de Paget óssea. Na investigação diagnóstica, a radiografia de crânio apresentou uma aparência algodonsa com espessamento cortical e a cintigrafia óssea demonstrou alterações compatíveis com a patologia em estudo. Desta forma, estabeleceu-se o diagnóstico de doença de Paget.

Esta patologia afeta múltiplos ossos, com maior impacto no crânio, pélvis, fémur, tibia e coluna lombar, sendo a dor, deformações ósseas, fraturas e hipoacusia os sintomas predominantes [1, 3]. O diagnóstico baseia-se em alterações imagiológicas características presentes na radiografia e/ou cintigrafia óssea, em doentes com alterações clínicas e laboratoriais sugestivas de doença [4,5]. No entanto, este mantém-se desafiante, resultando no subdiagnóstico desta doença, e este caso demonstra a importância da integração de toda a informação clínica no estudo etiológico.

Um Caso de Recidiva de Tumor Neuroendócrino...

Ana Catarina Ruivo; Cláudia Ribeiro; Andreia Meseiro; Bruna Barbosa; Joana Cartucho; Mariana Almeida; Maria de Rosário Ginga; Martinho Fernandes

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ARCO RIBEIRINHO

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Os tumores neuroendócrinos são um grupo heterogêneo de neoplasias, com clínica e comportamento muito variado. Uma vez que têm origem em células neuroendócrinas, podem se localizar em múltiplos locais do organismo.

Homem de 54 anos, com história de 1 ano de dejeções diarreicas, sem sangue, sem muco nem pus, associado a perda ponderal. Realizou estudo etiológico, incluindo colonoscopia, sem lesões e ecoendoscopia, que detetou a presença de uma massa abdominal adjacente ao pâncreas, cuja biopsia revelou “proliferação neoplásica com diferenciação neuroendócrina”, confirmada pela PET DOTANOC como se tratando de com tumor neuroendócrino da cauda do pâncreas, com hiperexpressão de recetores de somatostatina. Foi submetido a pancreatectomia corpocaudal com esplenectomia. Manteve estabilidade clínica durante 3 anos, quando reinicia quadro de diarreia com agravamento progressivo e perda ponderal (superior a 10% do seu peso corporal), ficando internado para estudo etiológico. À admissão, analiticamente com hipocaliemia de 2,6 mmol/L. Realizou colheita de coproculturas, com resultado negativo, colonoscopia sem lesões e ressonância magnética abdominal que revelou ao nível do fígado “múltiplas pequenas imagens nodulares esparsas de dimensões variadas medindo 14mm no segmento VII, de aspeto secundário”. Pedido doseamento de ácido 5- Hidroxiindolacético (5-HIAA) na urina e cromogranina A, ambos dentro dos valores de referência, excluindo assim síndrome carcinoide. Realiza PET DOTANOC compatível com metastização hepática extensa. Foi decidido tratamento sistémico com lanreotido e avaliação posterior para eventual cirurgia.

Os tumores neuroendócrinos podem permanecer indolentes por anos ou evoluir com metastização, mais frequentemente hepática. O acompanhamento rigoroso é essencial para deteção precoce da progressão e tratamento.

Duas lesões cerebrais a desafiar o convencional

Andreia Lopes Sousa; Inês Pinto Rodrigues; Marta Reisinho Mesquita; Patrícia Florindo; Filipa Marques Rodrigues; Maria João Palavras; Ana Rita Marques; Ilídio Brandão

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

As lesões ocupantes de espaço, no Sistema Nervoso Central (SNC), representam um desafio diagnóstico, já que mimetizam diferentes síndromes neurológicas. Cerca de 30% correspondem a lesões malignas e, em idades superiores a 30-40 anos, as metástases representam mais de metade dos casos. A caracterização imagiológica é imprescindível na marcha diagnóstica, sendo que os padrões habituais das eventuais lesões subjacentes não correspondem, por vezes, ao expectável.

Caso Clínico

Homem, de 79 anos, autónomo, com fatores de risco cardiovascular (hipertensão arterial, dislipidemia, síndrome de apneia obstrutiva do sono grave), foi admitido no Serviço de Urgência com hemiparésia direita grau quatro, de instalação súbita três horas antes da admissão (NIHSS 3), tendo sido ativada Via Verde Acidente Vascular Cerebral (AVC). Realizou tomografia computadorizada (TC) crânio-encefálica e Angio-TC, cujo relatório referia “duas formações expansivas quístico-nodulares centradas ao *gyrus* pré-central esquerdo e à substância branca peritrigonal contralateral. Pela configuração e número, poderão ter conotação metastática”. Na revisão por aparelhos e sistemas, apenas se destaca gotejamento miccional. Possuidor de rastreios oncológicos atualizados, foi internado na Medicina Interna para estudo de provável neoplasia oculta com metastização cerebral. A tomografia por emissão de positrões (PET) confirmou as duas lesões centrais, caracterizadas como hipermetabólicas, com restante estudo sem alterações. Após excluída neoplasia extrínseca ao SNC, a ressonância magnética (RM) crânio-encefálica sugere “lesão tumoral primária da série glial, nomeadamente glioblastoma multifocal”.

Discussão

A suspeição de lesões secundárias a neoplasia extrínseca ao SNC é lícita e quase imperativa na presença de lesões múltiplas, sobretudo quando associadas a dados clínico-epidemiológicos sugestivos. Contudo, embora menos frequentes, lesões múltiplas podem ser os achados de apresentação de um tumor primário do SNC. Este caso reforça a superior sensibilidade da RM na discriminação de lesões cerebrais.

(Des)obliterar a volição para a mudança

Andreia Lopes Sousa; Inês Pinto Rodrigues; Marta Reisinho Mesquita; Patrícia Florindo; Filipa Marques Rodrigues; Maria João Palavras; Ana Rita Marques; Ilídio Brandão

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A tromboangeíte obliterante, também conhecida pelo epónimo Doença de Buerger, é uma vasculite segmentar de pequenos e médios vasos. Está fortemente associada ao tabagismo, sendo o curso da doença modificado quase exclusivamente pela sua cessação, o que pode ser um desafio.

Caso clínico

Homem de 53 anos, autónomo, com múltiplos fatores de risco cardiovascular, nomeadamente tabagismo ativo de >80 unidades maço-ano (UMA). História patológica pregressa significativa para perturbação do uso do álcool e evento isquémico cerebrovascular aos 50 anos. Admitido no Serviço de Urgência por cianose da mão direita, detetada ao acordar. Refere ter tido, na noite anterior, um consumo etílico mais acentuado. Por apresentar estudo analítico sem alterações, ausência de hipoxemia ou sinais de isquemia aguda, teve alta e foi reavaliado em consulta externa. Desde o evento inicial, apenas relatava episódios de cianose periférica após exposição a baixas temperaturas. À observação em consulta, não apresentava alterações ao exame físico. Sem sintomatologia sugestiva de doença autoimune, nomeadamente outras alterações cutâneas, xerostomia, xeroftalmia, perda ponderal, artralgias ou sintomas gastrointestinais. Do estudo realizado, foi excluída diabetes *mellitus*, trombofilias ou défices vitamínicos. O painel autoimune foi negativo, bem como as serologias infecciosas e a pesquisa de crioglobulinas. Foi assim colocado o diagnóstico de tromboangeíte obliterante, atento o fenómeno de Raynaud perante uma elevada carga tabágica e ausência de evidência sugestiva de etiologia autoimune ou vascular.

Discussão

Os hábitos e estilos de vida continuam a ser importantes determinantes de saúde, sendo que a educação para a saúde deve ser sempre uma preocupação do Internista, pois alterações comportamentais são, não raras vezes, a primeira e a melhor terapêutica a oferecer. No caso da cessação tabágica, antes das medidas farmacológicas, importa fazer surgir e/ou fortalecer a volição para a mudança.

Pneumocistose e VIH: uma relação fora do controlo

Rita Relvas; Ana Maria Grilo; Joana Vieira Martins

HOSPITAL CASCAIS - DR. JOSÉ DE ALMEIDA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

Ainda que a associação da infeção por Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH) com infeções oportunistas se correlacione fortemente com o número de linfócitos T CD4+, esse vínculo pode ser falacioso. Apresenta-se um caso que evidencia a importância da suspeição clínica e baixo limiar para pesquisa ativa de infeções oportunistas nesta população.

Caso Clínico

Homem, 51 anos, com história infeção por VIH 1 sob terapêutica antiretroviral, com carga viral indetetável e contagem de linfócitos CD4+ de 430 céls./µL. Adicionalmente com enfisema pulmonar, síndrome de apneia central grave e tabagismo. Seguido por Medicina Interna e Pneumologia, com queixas de cansaço com esforço progressivamente menor. Objetivamente com murmúrio vesicular globalmente diminuído. Do estudo tem-se, gasimetricamente, agravamento progressivo de hipoxemia [pressão parcial de oxigénio arterial (PaO₂) 62mmHg e saturação arterial de oxigénio (SpO₂) 93%]; tomografia computadorizada (TC) torácica com opacidades em vidro despolido periféricas, bronquiectasias e enfisema parasseptal, em agravamento, com nódulo no lobo inferior direito de dimensões estáveis; provas de função respiratória sem alterações e prova de marcha 6 minutos com 69% do valor teórico previsto. Realizada broncofibroscopia, com pesquisa de DNA *Pneumocystis jirovecii* positivo no lavado broncoalveolar. Assumida infeção por este agente, de gravidade moderada, sendo iniciada terapêutica com trimetoprim/sulfametoxazol e prednisolona. Cumpre ciclo de 21 dias de antibioterapia com melhoria clínica, recuperação de hipoxemia (PaO₂ 88mmHg, SpO₂ 96%) e radiológica, com TC torácica com diminuição das opacidades em vidro despolido dos lobos superiores e inferior esquerdo. Desde então feito desmame de corticoterapia, mantendo-se dose profilática de antibioterapia, encontrando-se assintomático e com bom controlo de VIH.

Discussão

Embora classicamente a pneumocistose se apresente em doentes com VIH e contagem de CD4+ inferior a 200 céls./µL, esta população encontra-se sempre em risco acrescido de infeção por este agente. Os autores pretendem, assim, alertar os clínicos para este facto, temendo o subdiagnóstico desta doença e visando sensibilizar à sua suspeita e procura ativa, no contexto apropriado e independente da contagem de linfócitos CD4+.

Muito Além da Afasia: A Ponta do Iceberg de um diagnóstico de infecção por VIH

Bárbara Campos; Rosa Sá; Francisco de Oliveira Simões; Hugo Gonçalves; Eduardo Cruz; Rui M. Domingues; Teresa Pimentel; Narciso Oliveira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A toxoplasmose é a infecção do sistema nervoso central mais comum nos doentes com síndrome de imunodeficiência adquirida sem profilaxia adequada. A imunossupressão iatrogénica ou adquirida é fator de risco para Sarcoma de Kaposi.

Caso clínico

Homem de 41 anos, sem doenças prévias, recorre ao Serviço de Urgência (SU) por afasia transitória e discurso lentificado. Realizado TC de Crânio, observando-se edema com expressão frontal e estriato-capsular à esquerda e lesão neoplásica. A RMN de Crânio evidenciou lesões compatíveis com toxoplasmose cerebral. Do estudo, apresentava anemia normocítica e normocrómica, leucopenia com linfocitose, anticorpos anti-VIH positivos (diagnóstico de novo), em estadio SIDA (T-CD4+ de 31/uL), anticorpo IgG anti-toxoplasmose positivo e IgM negativo e antígeno criptococcus negativo. Iniciada terapêutica antirretroviral e com Pirimetamina + Sulfadiazina e Dexametasona, ao fim de 5 dias, alterada para cotrimoxazol. Duas semanas após o início de tratamento, melhoria franca das lesões, em RMN CE. Regressou ao SU uma semana após a alta por dispneia e tosse irritativa, sendo internado por pneumonia nosocomial bilateral, observando-se em TC tórax infiltrados nodulares bilaterais. Ao longo deste internamento, agravamento respiratório; realizada nova TC torácica, identificaram-se lesões em estrela/chama, de distribuição axial peribroncovascular e craniocaudal difusa, sugerindo a hipótese de Sarcoma de Kaposi. Existiam adenopatias pré-auriculares à esquerda. Realizadas biópsias, pulmonar e parotídea, com resultados histológicos e imunohistoquímicos de Sarcoma de Kaposi. O doente foi orientado para consulta de Doenças Infecciosas e Oncologia.

Discussão

Este caso reforça a importância de uma abordagem clínica abrangente e acompanhamento atento dos doentes, dado que, muitas vezes, os sintomas iniciais representam apenas a ponta do iceberg. Bem como, considerar infecção por VIH como diagnóstico diferencial perante sintomas neurológicos em estudo.

Pioventriculite como complicação rara do abscesso cerebral

Beatriz Luís Lopes; Mariana da Silva Alves; Carolina Cardoso; Pedro Dias Dos Santos; David M. Furtado; Filipa Pedro; Rita Serras Jorge; Isabel Martins

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

O abscesso cerebral é uma coleção de pus dentro do parênquima cerebral, causada por uma infeção. Pode resultar de disseminação hematogénica, disseminação direta ou por trauma. Quando a pressão dentro do abscesso excede a resistência do tecido cerebral circundante, ocorre a rutura do abscesso. Se essa rutura ocorrer diretamente para o sistema ventricular, a infeção espalha-se rapidamente pelo líquido cefalorraquidiano (LCR), causando pioventriculite e frequentemente hidrocefalia.

Caso Clínico

Homem, 87 anos, recorreu à urgência por retenção urinária e vómitos, foi assumida cistite aguda tendo alta medicado com amoxicilina/ácido clavulânico. Retorna no dia seguinte por prostração e à avaliação apresentava-se com discurso confuso e sem abertura ocular espontânea. Analiticamente com leucocitose e neutrofilia, PCR de 36 mg/dL e sumária de urina com leucocitúria. Realizou TAC toracoabdominopélvica com discreta densificação dos planos perirrenais (nefropatia?) e próstata hipertrófica. Assumiu-se pielonefrite aguda, colheu culturas e foi iniciado ceftriaxone empírico. No dia seguinte, agravamento do estado de consciência, não cumpria ordens nem dirigia o olhar, tendo sido feita TAC crânio-encefálica e punção lombar. A TAC descreve lesão com efeito de massa à esquerda com deformação do ventrículo lateral, hidrocefalia e espessamento do contorno ependimário dos átrios ventriculares e múltiplas hipodensidades mal definidas. O LCR revelou-se turvo, com polimorfonucleares e proteinorraquia sugestivos de meningite bacteriana, apesar de multiplex negativo. Foi ajustada a antibióterapia para dose meníngea de ceftriaxone, associando-se ampicilina, vancomicina e dexametasona. Para melhor esclarecimento, realizou RM crânio-encefálica que revelou abscesso cerebral a drenar para os ventrículos, edema vasogénio e hidrocefalia. Foi transferido para a Neurocirurgia, para colocação de cateter de drenagem ventricular externa, com evolução desfavorável.

Discussão

A pioventriculite está associado a elevada morbilidade e mortalidade, o seu diagnóstico precoce é essencial para um prognóstico mais favorável.

Muito mais para além da dispneia

Maria Guilherme Muchata; Mariana Marques; Joana Urbano; Diana Guerra

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

A hipertensão pulmonar define-se como a elevação crónica da pressão na artéria pulmonar (PAP), caracterizada por uma PAP média igual ou superior a 20mmHg em repouso em cateterismo cardíaco. As manifestações clínicas são inespecíficas, associando-se frequentemente a diagnóstico tardio, pelo que se deve suspeitar perante dispneia progressiva e inexplicada, fadiga e síncope.

Caso clínico

Mulher de 39 anos, não fumadora, cardiopatia congénita com comunicação interventricular submetida a cirurgia e artrite reumatóide vigiada em Reumatologia até 2015, altura em que suspendeu a terapêutica imunossupressora com metotrexato por doença em remissão e por pretender engravidar. Dispneia para esforços de agravamento progressivo nos últimos 3 anos e episódios de lipotímia também em esforço. Admitida na urgência por reação alérgica após picada de vespa. Melhoría clínica após terapêutica, mas insuficiência respiratória hipoxémica persistente. Analiticamente sem infeção e sem lesão miocárdica. Eletrocardiograma normal. AngioTC do tórax excluiu tromboembolismo pulmonar e mostrou aumento do volume do ventrículo direito (VD) e do calibre do tronco e artérias pulmonares, vidro despolido peribrônquico e lobulação dos contornos hepáticos. Ficou internada para estudo. Espirometria com síndrome ventilatório obstrutivo ligeiro. Ecocardiograma com dilatação severa do VD, perturbação da motilidade septal por sobrecarga do VD, PSAP de 83mmHg e função sistólica VD no limite inferior do normal. Ecografia abdominal com alterações hepáticas sugestivas de estase. Referenciada à consulta de Hipertensão Pulmonar do Hospital de referência, identificada PAPm de 71 mmHg no cateterismo cardíaco. Concluiu-se que se tratava de Hipertensão Arterial Pulmonar associada a doença do tecido conjuntivo, com doseamento de Ro52 positivo. Iniciou macitentan e tadalafil, atualmente com melhoria clínica e funcional significativa.

Conclusão

Pretende-se salientar a necessidade do exercício constante de integração da clínica do doente nos seus antecedentes, para uma suspeição diagnóstica precoce. A hipertensão arterial pulmonar (grupo 1) resulta de lesão direta das artérias pulmonares, com alterações estruturais, hipertrofia do músculo liso e disfunção endotelial, neste caso mediadas por processos de autoimunidade.

Hipertensão Pulmonar ou Dilatação Auricular Direita? Desafios no Diagnóstico de Hipertensão Pulmonar

**Joana Gonzaga; Catarina Monteiro; Daniela Ormonde; Sofia Teixeira; Marta Nascimento;
Jorge Almeida; Maria João Lume; Marta Valentim**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

A hipertensão pulmonar (HTP) é uma condição caracterizada pelo aumento da pressão nas artérias pulmonares, podendo ser primária ou secundária. A dilatação auricular direita pode simular sinais de HTP, levando a diagnósticos errôneos e tratamentos inadequados.

Caso clínico

Mulher, 62 anos, com antecedentes de sarcoidose com envolvimento hematológico, ganglionar, pulmonar e HTP (cateterismo: HTP pré-capilar com teste de vasorreatividade positivo) sob metotrexato, corticoterapia, bosentan e sildenafil. Inicia quadro de dispneia e cansaço progressivo até dependência total para AVDs, neste contexto realizou: ecocardiograma transtorácico (ETT) a mostrar dilatação aneurismática da aurícula direita (AD), insuficiência tricúspide grave e uma insuficiência mitral moderada; TACAR sem evidência de doença pulmonar intersticial; Provas de função respiratória compatível com padrão restritivo e novo cateterismo a não mostrar com clareza a etiologia da HTP. Face aos episódios de descompensação da patologia cardíaca, foi proposta para dupla substituição valvular e redução da AD com suspensão da medicação da HTP. Após 6 meses e com recuperação da autonomia, sem evidência por ETT de sinais indiretos de HTP.

Discussão

Este caso sublinha a importância de reavaliar o diagnóstico de HTP, especialmente, quando a apresentação clínica sugere uma causa secundária. Estamos perante uma HTP secundária por hiperfluxo provocado pelas alterações estruturais do coração direito, podendo mimetizar um quadro de HTP, passível de normalização após correção cirúrgica.

Reação adversa rara mas fatal - hipofisite secundária a imunoterapia com pembrolizumab

Pedro Teixeira Vaz; Vera Guedes Sousa; Beatriz Maio; Margarida L. Nascimento; Luís Landeiro; Alexandra Bayão Horta

HOSPITAL DA LUZ LISBOA

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

A imunoterapia antineoplásica atua libertando o sistema imunitário para combater os antígenos tumorais, e representa atualmente um pilar fundamental da terapêutica antineoplásica. A contrapartida da ativação do sistema imunitário tem como consequência potencial o aparecimento de complicações imunes. Apresentamos o caso de uma hipofisite com insuficiência suprarrenal secundária como complicação rara da imunoterapia.

Caso clínico

Mulher de 66 anos, com o diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão metastizado com expressão PD-L1 de 70% e mutação KRAS g12c, sob pembrolizumab desde há 4 meses, e hipertensão arterial. Admitida por náuseas, astenia, mal-estar geral e vômitos com 10 dias de evolução. Apresentava-se hipotensa (64/46 mmHg), sem sinais de má perfusão periférica. Analiticamente destaca-se leucocitose e a radiografia de tórax evidenciava hipotransparências bilaterais. A tomografia computadorizada torácica demonstrou um processo inflamatório adjacente à lesão primitiva neoplásica, sugestivo de pneumonite. Durante o internamento, a investigação etiológica revelou alterações compatíveis com insuficiência suprarrenal secundária (cortisol sérico 0,6 µg/dL, ACTH 2 pg/mL), sem alteração das restantes hormonas hipofisárias. Com a instituição de hidrocortisona, verificou-se reversão total da sintomatologia com melhoria tensional inclusivé com necessidade de reintrodução da terapêutica anti-hipertensora prévia. No seguimento após a alta, a doente manteve-se clinicamente estável, permitindo a titulação da corticoterapia e a reintrodução da imunoterapia com pembrolizumab, sem novas intercorrências.

Discussão

A hipofisite é uma complicação rara da imunoterapia (3%) e pode surgir em qualquer momento após o seu início. Caracteriza-se por hipotensão grave sem alterações hidroeletrolíticas, e é potencialmente fatal, requerendo uma elevada suspeição clínica com instituição precoce de corticoterapia.

Out patient antimicrobial therapy em endocardite - um caso de sucesso

Margarida Vinhas; Laís Vieira; Mariana Lobo Oliveira; Diana Mendes Oliveira; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A endocardite infecciosa é uma entidade com incidência crescente nos últimos anos, que condiciona importante morbimortalidade e que acarreta elevados custos em saúde.

Caso clínico

Homem de 61 anos, seguido em consulta de Medicina Interna (MI) por Insuficiência Cardíaca com fração de ejeção reduzida de 21% por cardiomiopatia dilatada, hipertensão arterial e dislipidemia, com ecocardiograma transtorácico (ETT) de ambulatório sem alterações valvulares. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por dor retroesternal em aperto com duração inferior a 5 minutos nessa madrugada. No SU apresentava febre, sem insuficiência respiratória ou instabilidade hemodinâmica; analiticamente com subida de parâmetros inflamatórios, subida de troponina sem critérios de síndrome coronário agudo; radiografia de tórax a evidenciar cardiomegalia e infiltrado na base direita. Foi internado por infeção respiratória sob amoxicilina/ácido clavulânico. Na admissão ao serviço de MI: sopro sistólico de novo, com isolamento de *Enterococcus faecalis* em hemoculturas colhidas 24 horas antes. Realizou ETT de seguida com evidência de vegetações mitro-aórticas a condicionar insuficiência aórtica grave de novo, motivando início de ceftriaxone e ampicilina. Os achados foram confirmados por ecocardiograma transesofágico (ETE). Realizou ainda TC tóraco-abdómino-pélvico que revelou apenas enfartes esplénicos. Após estudo pré-operatório sem alterações, realizou cirurgia com substituição da válvula aórtica por prótese biológica, e plastia das válvulas mitral e tricúspide 4 dias após o diagnóstico. Manteve antibioterapia endovenosa com descida dos parâmetros inflamatórios e apirexia sustentada, primeiras hemoculturas colhidas após início de antibioterapia negativas e cultura da vegetação também negativa. Repetiu ETE sem sinais de complicações, permitindo o switch para antibioterapia oral com amoxicilina e moxifloxacina e alta precoce. Manteve este esquema em ambulatório durante 6 semanas, com ótima resposta, sem intercorrências.

Discussão

O surgimento recente de evidência científica a apoiar o switch precoce antibioterapia endovenosa para oral em doentes com endocardite, desde que cumpridos alguns critérios, representa um avanço importante por reduzir os dias de internamento, levando a uma redução de custos.

Entre a Dor e a Urgência: Síndrome Torácica Aguda em contexto de Crise Falciforme

Diogo Múrias Gomes; Isabel Lavadinho; Augusto Mendonça; Armando Nodarse; Joana Coucelo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO ALENTEJO

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A anemia de células falciformes é uma doença genética caracterizada pela mutação na hemoglobina S. Na presença desta patologia, podem ocorrer várias complicações, como crise vaso-oclusiva e síndrome torácica aguda (STA). A STA resulta da oclusão microvascular pulmonar, com sintomas respiratórios associados e é causa comum de morte.

Caso Clínico

Mulher de 25 anos, natural de Angola, residente em Portugal há 2 meses, melanodérmica, com anemia falciforme conhecida. Recorre ao SU por mialgias generalizadas e dispneia. À observação apresentava-se taquicárdica (107 bpm), hipotensa (95/56 mmHg), febril (38.3°C), polipneica (25 rpm) e toracalgia. À auscultação pulmonar apresentava diminuição do murmúrio vesicular bibasal e crepitanes nos 2/3 inferiores bilateralmente. Analiticamente hemoglobina de 6.6 g/dl, HbS 39.9%, aumento de bilirrubinas à custa da direta e leucocitose com neutrofilia e aumento de PCR. A TC-Tórax com extensa consolidação bibasal e mínimo derrame pleural bilateral. Foram pedidas HC, UC e 2 UCE. Iniciou empiricamente amoxicilina/ác. Clavulânico e azitromicina e hidratação vigorosa. Assumiu-se diagnóstico de Choque séptico de ponto partido respiratório com STA, no contexto de pneumonia bilateral em doente com crise falciforme. Foi transferida para a UCI, onde houve necessidade de mais 1 UCE, colocado CVC com necessidade de suporte aminérgico, alterou-se antibioterapia para ceftriaxona+azitromicina, com necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI). Durante este período assumiu-se diagnóstico de SDMO. Permaneceu 12 dias na UCI, com 5 dias de VMI e boa tolerância na extubação. Foi transferida para o serviço de MI para continuação de tratamento, tendo tido alta ao final de 6 dias, com estabilidade hemodinâmica e analítica.

Discussão

Este caso ilustra a complexidade de doentes com crise falciforme associada a complicações infecciosas, como a STA, que pode levar rapidamente ao choque séptico e insuficiência respiratória. A rápida identificação e tratamento adequado são cruciais para uma evolução favorável. A monitorização contínua da função pulmonar, suporte hemodinâmico e ajuste da antibioterapia são essenciais para otimizar os resultados clínicos em doentes com condições subjacentes complexas, como a anemia falciforme.

Da terra para os pulmões

Maria Luísa Alvarenga; Cláudia Alexandra Ribeiro; Diana Marreiros; Kostyantyn Romashchuk; Rodrigo Morgado; Inês Gomes Madeira; Mónica Ferro Silva; Filipe Dias; Pedro Laranjo; Margarida Santos; Cátia Albino; Sofia Sobral; Henrique Cabrita; Inna Slobidnyk; Henrique Rita

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO LITORAL ALENTEJANO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

Scedosporium apiospermum é um fungo com identificação crescente em infeções oportunistas em doentes imunocomprometidos. A infeção por *S. apiospermum* é rara, principalmente em indivíduos imunocompetentes. Antecedentes de doença pulmonar prévia, nomeadamente bronquiectasias ou doença cavitária, predispõem ao desenvolvimento da infeção pulmonar por inalação de esporos. Este fungo pode ser encontrado em solos agrícolas e águas poluídas. Nos pulmões, o sintoma mais típico é a tosse, seguida de hemoptises. O seu tratamento é dificultado pelas resistências aos antifúngicos convencionais.

Caso Clínico

Trata-se de uma doente do sexo feminino, de 65 anos, trabalhadora agrícola, implicando o manuseamento do solo no cultivo de hortícolas. Não fumadora. Sem viagens para fora do país. Sem antecedentes pessoais de relevo. Iniciou quadro de tosse com expectoração acastanhada com cerca de 15 anos de evolução. Há cerca de 6 anos realizou uma tomografia computadorizada ao tórax que revelou doença pulmonar bronquiectásica. Por esta altura teve episódios de hemoptises, recorrendo ao serviço de urgência onde foi medicada com pantoprazol, sucralfato e ácido aminocapróico. Há 1 ano, teve agravamento do quadro com cansaço e perda de peso (8%), foi referenciada para uma consulta de Pneumologia onde realizou ciclo de antibióterapia sem remissão dos sintomas. Por manutenção do quadro foi requisitada uma broncofibroscopia que confirmou infeção fúngica pulmonar com isolamento micológico de *S. apiospermum*. Realizou tratamento com fluconazol, com melhoria dos sintomas.

Discussão

Este caso teve uma marcha diagnóstica prolongada e foi imprescindível progredir para exames invasivos, atendendo à manutenção do quadro clínico. Este caso é interessante pois permite fazer a associação epidemiológica entre a exposição laboral prolongada aos solos agrícolas e a infeção pulmonar por *S. apiospermum*. Além disso, permite exemplificar a infeção fúngica pulmonar (não aspergilosa), rara num indivíduo imunocompetente e corrobora a associação com a doença pulmonar cavitária descrita na literatura.

Pericardite Recorrente em Doente com Doença de Crohn: Papel do Anakinra na Abordagem Terapêutica

Mariana Gaspar; Beatriz Correia; Nathalie Duarte; Márcia Pereira; Mariana Marques Silva; Sofia Pinheiro

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A pericardite recorrente é um desafio clínico, particularmente em doentes com patologia autoimune subjacente. Até 30% dos doentes têm recorrência com o tratamento convencional, frequentemente com dependência de corticoides e efeitos adversos que deles adveêm. Recentemente, antagonistas da interleucina-1, emergiram como opção terapêutica promissora em casos refratários.

Caso Clínico

Homem, 58 anos, com Doença de Crohn há 20 anos, controlada com messalazina. Inicia dor torácica tipo pleurítica intensa com irradiação cervical e febre. Ecocardiograma, eletrocardiograma e ressonância magnética cardíaca (RM) compatíveis com pericardite aguda, velocidade de sedimentação 70mm/1^h, ferritina 1000ng/mL. Estudo etiológico negativo para outras possíveis causas de pericardite. Assumiu-se possível relação com messalazina tendo sido substituída por budesonido oral. Teve alta com ibuprofeno 600mg 8/8h e colchicina 1mg/dia. Por recorrência dos sintomas após 2 semanas, associou-se prednisolona 0,5mg/kg/dia que cumpriu durante 6 meses. Apesar da otimização terapêutica e de se ter conseguido resolução total da inflamação pericárdica, evidenciada por RM aos 9 meses, documentaram-se quatro episódios de recorrência com necessidade de internamento. O último episódio, registado aos 12 meses, com inflamação pericárdica e fisiologia constritiva na RM. Fez teste terapêutico com azatioprina suspenso por neutropenia. Face à corticodependência iniciou Anakinra com boa resposta clínica.

Discussão

Este caso ilustra pontos críticos na abordagem da pericardite recorrente. Apesar de utilizados como tratamento de segunda linha, os corticoides têm sido associados a maior risco de recidivas. A implementação precoce do Anakinra, pode reduzir complicações e modificar significativamente o curso da doença, com redução de recorrências de 2,33% para 0,39% e hospitalizações em 86%. Embora a pericardite seja rara como manifestação extraintestinal da Doença de Crohn, o Anakinra poderá ser eficaz para ambas as patologias, sugerindo um mecanismo inflamatório comum. Este caso enfatiza a importância da identificação precoce de candidatos a terapêuticas biológicas quando há falência do tratamento convencional.

Neurofibromatose Tipo 1: Um diagnóstico corroborado pelos Nódulos de Yasunari

Helena Sofia Martins Baltazar; Carolina Teves Carreiro

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, EPE / HOSPITAL DE SANTA MARIA

Tema: Doenças raras

A Neurofibromatose tipo 1 (NF1) é uma patologia genética, autossómica dominante, com afeção neurocutânea preferencial. Atualmente, para o diagnóstico, são utilizados os critérios do National Institutes of Health Consensus Development Conference.

Homem, 20 anos, natural da Guiné Bissau, com história de tumefação mole no pé esquerdo desde os 2 anos. Submetido a cirurgia de redução da massa aos 9 anos, com novo aumento de volume. Aos 15 anos, apresentou fratura patológica da epífise distal do perónio associada a malformação da tibia direita. Passados 2 anos, por queixas de novo de dor torácica, identificada uma massa mole supra-esternal, pelo que foi evacuado ao cuidado da Oncologia, sendo posteriormente encaminhado para a Medicina Interna para investigação etiológica.

Foram, ainda, identificadas múltiplas pápulas dispersas no tronco, apresentadas também pela mãe e duas irmãs, e manchas “café com leite” no abdómen e no dorso. Avaliado pela Dermatologia, que realizou biópsia cutânea de uma das pápulas do tronco, confirmando Neurofibroma. Observado pela Oftalmologia, que identificou Nódulos de Lisch e, na tomografia de coerência ótica, áreas nodulares hipopigmentadas, compatíveis com nódulos de Yasunari. Realizou RM-CE e das órbitas, que revelou extensão da adenohipófise ao espaço cisternal suprasselar, sem desvios da haste hipofisária ou efeito compressivo sobre as estruturas óticas, com indicação para controlo imagiológico pela Neurocirurgia.

Confirmado diagnóstico de NF1 com três critérios clínicos e nódulos de Yasunari. Realizou teste genético, com variante rara no gene NF1, reportada em indivíduos com NF1 e pseudartrose congénita da tibia.

Este caso clínico vem reforçar os achados que caracterizam a NF1, quer os que constituem critérios diagnósticos da doença, quer outros sinais, neste caso, os nódulos de Yasunari, que podem ser observados em casos de NF1, e que cada vez mais são considerados como um marcador sensível e específico da doença.

Um Trauma Danado

**Pedro Neto Pinto; Ana Cristina Grilo; Joana Silva Marques; Telma Costa Cabral;
Ana Beatriz Machado**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A artrite séptica é uma emergência ortopédica que, se não tratada precocemente, pode levar a destruição articular e perda funcional permanente. A infeção por *Streptococcus agalactiae* é rara em adultos imunocompetentes e incomum no ombro (com percentagens na ordem dos 2-15%, sendo a osteomielite e a artrite séptica os cenários mais comuns), sendo este caso interessante por destacar uma apresentação atípica de artrite séptica, com evolução insidiosa, ausência de sinais inflamatórios locais clássicos e sintomas sistémicos subtis.

Homem de 61 anos, com história de diabetes mellitus tipo 2, obesidade e etanolismo crónico, apresentou-se nas Urgências num contexto traumático do ombro direito, tendo realizado uma tomografia computadorizada (TC) que não mostrou alterações valorizáveis na altura. Foi medicado com analgésicos mas, por agravamento do quadro com omalgia direita intensa, impotência funcional e perda ponderal de 15kg, regressa ao hospital passados 2 meses. As análises revelaram então elevação dos parâmetros inflamatórios e anemia de características inflamatórias. Realizou uma nova TC do ombro que mostrou derrame e destruição articular compatíveis com artrite séptica. Foi realizada uma tentativa de aspiração de conteúdo sem sucesso. Posteriormente, as hemoculturas isolaram um *Streptococcus agalactiae*, tendo iniciado flucloxacilina ajustada segundo o teste de sensibilidade. O doente foi, então, submetido a lavagem articular cirúrgica com melhoria sintomática, embora mantendo limitação funcional da articulação.

Este caso reforça a importância de considerar a artrite séptica em casos de monoartrite resistente a analgésicos e com uma evolução atípica, mesmo na ausência de sinais inflamatórios clássicos. Destaca ainda a importância de considerar o diagnóstico de artrite infecciosa perante uma evolução não favorável em doentes com fatores de risco como o doente apresentado.

Adenopatias: do diagnóstico presuntivo ao diagnóstico final

Beatriz Luís Lopes; Mariana da Silva Alves; Daniel Veiga; Carolina Cardoso; David M. Furtado; Pedro Dias Dos Santos; Filipa Pedro; Isabel Martins

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença autoimune crónica, caracterizada por inflamação multissistémica e produção de autoanticorpos. O diagnóstico pode ser desafiador devido à diversidade de manifestações clínicas, podendo mimetizar doenças infecciosas e neoplásicas.

Caso Clínico

Mulher, 41 anos, internada na Medicina Interna por febre intermitente, cansaço, anorexia, perda de peso e artralgias. Analiticamente à admissão, evidência de anemia hipocrómica microcítica com necessidade de suporte transfusional, leucopenia e proteína C reativa elevada. A tomografia computadorizada toracoabdominopélvica revelou foco pneumónico no pulmão direito e múltiplas adenopatias supra e infradiafragmáticas, levantando a hipótese de doença linfoproliferativa. O estudo autoimune revelou velocidade sedimentar de 120 mm/h, anticorpos antinucleares 1/1280, anticorpos anti-DNA>800, hipocomplementemia de C3 e C4 e anti-Ro52 positivo, cumprindo critérios para LES. Realizado estudo medular e biópsia óssea, sem alterações. Realizou biópsia excisional de um gânglio axilar, que revelou linfadenopatia reativa de padrão misto, excluindo doença linfoproliferativa. Iniciou-se tratamento com hidroxicloroquina 400mg, com resolução da febre e das artralgias.

Discussão

Este caso ilustra o diagnóstico diferencial a ser realizado no estudo de adenopatias múltiplas, reforçando a importância da avaliação de todas as etiologias, evitando diagnósticos erróneos e tratamentos desnecessários. A discussão e seguimento multidisciplinar é essencial para a orientação e gestão destes doentes.

Meningite tuberculosa: o diagnóstico que não pode esperar

Leonor Neves; Daniela Silva; Beatriz Sá Pereira; Rita Penaforte; Teresa Costa Pereira; Paulo Ramos; Alice Rodrigues; Fernando Aldomiro

HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A meningite tuberculosa (MT) é uma forma grave e rara de meningite, cujo diagnóstico é desafiante. Os testes de *Polimerase Chain Reaction* (PCR) não são 100% sensíveis e os isolamentos culturais podem demorar meses. Em populações de risco, o contexto epidemiológico e a suspeita clínica são cruciais, muitas vezes justificando tratamento empírico antes da confirmação microbiológica.

Caso Clínico

Mulher, 36 anos, paquistanesa, recém-imigrada em Portugal. Admitida por quadro de astenia, febre vespertina, sudorese noturna e cefaleia intensa, que evoluiu nas últimas 24h com fotofobia, agitação psicomotora e vômitos incoercíveis.

Apresentava-se prostrada, febril, com rigidez da nuca e sinais meníngeos. A tomografia computadorizada crânioencefálica contrastada identificou discreto realce meníngeo, sem outras alterações. A análise do líquido revelou pleocitose linfocítica, hipoglicorraquia e hiperproteínoorraquia, sem bacilos ácido-álcool-resistentes e com teste PCR negativo para *M. tuberculosis*, outras bactérias e vírus. Assumindo o diagnóstico de meningite bacteriana, foi iniciada antibioterapia empírica.

A doente manteve-se, contudo, séptica e refratária à terapêutica, motivando rediscussão do caso. Em face do contexto de emigração recente de país endémico para tuberculose, decidiu-se pela mudança terapêutica para esquema antibacilar quádruplo e corticoterapia adjuvante, após o que se verificou franca melhoria clínica e analítica. O diagnóstico definitivo de meningite tuberculosa veio a confirmar-se 3 meses depois, com isolamento de *M. tuberculosis* no líquido colhido à admissão.

Conclusão

Este caso releva o papel do contexto epidemiológico e da evolução clínica enquanto moduladores da atuação médica. A forte suspeita clínica e epidemiológica de meningite tuberculosa, foi determinante para a escolha do regime terapêutico adequado e para o *outcome* favorável da doente.

Vasculite de grandes vasos - o valor dos exames de imagem

Beatriz Mata Dos Santos; Inês Domingues; Patrícia Santos; Vanda Spencer

ARS LISBOA E VALE DO TEJO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A vasculite de grandes vasos retrata sobretudo a Arterite de Células Gigantes e Arterite de Takayasu, entidades distintas com sobreposição de fenótipos. Os exames de imagem são progressivamente mais reconhecidos no diagnóstico precoce. A etiologia da vasculite é habitualmente desconhecida, estando descritas infeções virais como potenciais *triggers* da doença.

Mulher, 58 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial controlada, anemia ferropénica e esteatose hepática com nódulo hepático em vigilância. Avaliada em consulta para esclarecer quadro de fadiga e febre com 1 semana de evolução, acompanhado nos últimos 3 meses de perda ponderal e artralhas, sem alterações ao exame objetivo. A investigação pautou-se pela exclusão de causas infecciosas, autoimunes e neoplásicas. Destaca-se de pertinente a anemia agravada, valores de velocidade de sedimentação e fosfatase alcalina elevados, com anticorpos anti Epstein Barr (EBV) VCA IgG e IgM persistentemente positivos. Realizou ressonância abdominal que revela alterações hepáticas benignas, demonstrando incidentalmente sinais aórticos frustes de eventual vasculite. A tomografia por emissão de positrões é compatível com vasculite ativa (Score total vascular: 21). O ecodoppler das artérias temporais superficiais e axilares foi normal. Assumiu-se o diagnóstico de vasculite de grandes vasos extracraniana iniciando prednisolona 1mg/kg/dia com melhoria clínica e laboratorial, inclusivé do padrão de colestase.

Os autores alertam para hipótese de vasculite de grandes vasos perante doente do sexo feminino com sintomas constitucionais, mesmo na ausência da clínica clássica expectável. Na inexistência de critérios universais, a imagem é crucial no diagnóstico precoce da vasculite de grandes vasos, sendo difícil determinar cada entidade. Mostra-se ainda, o envolvimento hepático, raro nesta patologia. Questiona-se o papel do EBV como trigger da doença versus padrão de anticorpos EBV por reação cruzada.

Achromobacter xylosoxidans - um agente nosocomial oportunístico preocupante

Beatriz Mata Dos Santos; Inês Domingues; Patrícia Santos; Vanda Spencer

ARS LISBOA E VALE DO TEJO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

O *Achromobacter xylosoxidans* é uma bactéria Gram-negativa aeróbica, associada a infeções nosocomiais. Fatores de risco incluem dispositivo/catéteres, história de antibioterapia prévia, e imunossupressão, nomeadamente por fibrose quística ou malignidade. A bacteriémia é a manifestação clínica mais comum. O tratamento é desafiante pelos mecanismos intrínsecos e adquiridos de multirresistência.

Mulher, 88 anos, admitida por insuficiência cardíaca descompensada, aliada a celulite de perna, já tendo cumprido um ciclo de amoxicilina/clavunato. No internamento, constatou-se evolução para sépsis, documentando-se bacteriémia a *A. xylosoxidans*, cumprindo inicialmente piperacilina-tazobactam dirigido por 14 dias. Dado hemoculturas persistentemente positivas instituiu-se adicionalmente 14 dias de piperacilina-tazobactam dirigido, colocando-se um catéter midline por antibioterapia prolongada. Excluiu-se endocardite e lesões sugestivas de malignidade ou focos infecciosos em tomografia computadorizada e estudos endoscópicos. Sem alterações pertinentes, que sugiram doença hematológica. Na ausência de melhoria clínica e laboratorial sustida, e dada elevada suspeição de colonização de catéter, este foi removido, escalando-se para meropenem sem novas recorrências.

A multirresistência tem sido e será um problema cada vez mais frequente na medicina. Este caso ilustra o desafio na gestão da bacteriémia nosocomial recorrente por *A. xylosoxidans*, um agente multirresistente oportunístico emergente, com capacidade de produção de biofilme. Assim, alerta-se para essa infeção particularmente em imunossuprimidos, com dispositivos, e antibioterapia pregressa. Nestes casos, a escolha da antibioterapia empírica deve excluir cefalosporinas, fluoroquinolonas, aminoglicosídeos, com consideração inclusivé para o uso de piperacilina/tazobactam. Alertamos para a importância na gestão dos catéteres nestes doentes.

Amiloidose cardíaca - da síncope ao diagnóstico

Beatriz Mata Dos Santos; Inês Domingues; Patrícia Santos; Vanda Spencer

ARS LISBOA E VALE DO TEJO

Tema: Doenças cardiovasculares

A amiloidose cardíaca é uma miocardiopatia infiltrativa rara e subdiagnosticada. Habitualmente, decorre da deposição de transtirretina (ATTR) ou cadeias leves de imunoglobulina. No primeiro caso, pauta-se pelo envolvimento cardíaco, autonómico ou neuropático. O envolvimento cardíaco associa-se a pior prognóstico, reforçando a importância do diagnóstico precoce.

Homem, 86 anos, antecedentes de múltiplos fatores de risco cardiovascular e suspeita de polineuropatia subaguda das extremidades. Admitido por episódio de síncope inaugural acompanhado de desconforto torácico. A investigação etiológica da síncope procurou esclarecer uma origem cardiogénica. O estudo eletrocardiográfico (ECG) evidencia fibrilhação auricular de novo de resposta ventricular rápida, com voltagem QRS normal e sem critérios de hipertrofia ventricular esquerda. No holter confirma-se a arritmia, sem alterações da condução aurículo-ventricular. O ecocardiograma transtorácico revela ventrículo esquerdo hipertrofiado e global longitudinal strain -11%. Analiticamente, expõe-se como pertinente uma velocidade de sedimentação e valor de troponina aumentados, sem pico monoclonal na imunofixação sérica ou urinária. Pela suspeita de amiloidose cardíaca, realizou cintigrafia miocárdica que mostra um padrão de distribuição de radiofármaco ^{99m}Tc -HDP sugestivo de amiloidose por deposição de ATTR (score de *Peregugini* = 2). À data de alta, foi encaminhado para consulta de miocardiopatias, para esclarecimento com teste genético.

O caso ilustra aspetos que alertam para o diagnóstico de amiloidose cardíaca como a idade, discrepância da hipertrofia ventricular esquerda no ECG/ ecocardiograma, e apresentação clínica com síncope. Reforçamos o papel da ecocardiografia no estudo da síncope perante suspeita de doença estrutural cardíaca, bem como no diagnóstico da amiloidose cardíaca. Ressalva-se o impacto da cintigrafia, não só para especificar o subtipo da amiloidose, como para poupar a biópsia tecidual mediante o score de *Peregugini*.

Imunossupressão e oncogénese, as duas faces da infeção VIH

Leonor Neves; Daniela Silva; Beatriz Sá Pereira; Rita Penaforte; Teresa Costa Pereira; Carolina Ribeiro Rodrigues; Alice Rodrigues; Fernando Aldomiro

HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) tem forte associação a doenças linfoproliferativas. Esta relação resulta da replicação viral contínua e da inflamação sistémica, promovendo a hiperproliferação de linfócitos B. Paralelamente, a depleção de linfócitos T CD4+ compromete a vigilância imunológica, facilitando a evasão e expansão clonal de linfócitos B aberrantes. Os linfomas associados à infeção VIH são definidores de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e evoluem de forma mais agressiva, conferindo pior prognóstico aos doentes.

Caso Clínico

Homem, 30 anos, autónomo, saudável, sem hábitos toxicómanos ou comportamentos sexuais de risco. Recorreu ao SU por dor abdominal na fossa ilíaca direita, sem alterações do trânsito gastrointestinal ou sintomatologia consumptiva. Trazia relatório de tomografia computadorizada abdominopélvica com documentação de acentuado espessamento parietal, concêntrico e com áreas centrais de necrose, de várias ansas do intestino delgado. Ficou internado para estudo etiológico.

Analiticamente, a destacar anemia inflamatória, LDH 1600 UI/mL e anticorpo anti-VIH-1 positivo inaugural – cujo estadiamento revelou uma carga viral de 30500 cópias/mL e 344 linfócitos T CD4+. A pesquisa de agentes oportunistas para colite e de outras doenças sexualmente transmissíveis, foi negativa. Não havendo outra possibilidade de abordagem, foi submetido biópsia cirúrgica das lesões intestinais por mini-laparotomia, cuja histologia revelou linfoma difuso de grandes células B. A tomografia por emissão de pósitrons confirmou envolvimento supra e infradiafragmático, estabelecendo o estadio IV. O doente iniciou terapêutica antirretroviral e quimioterapia, o quanto antes.

Conclusão

Este caso reforça a íntima associação entre a as doenças linfoproliferativas e o VIH, inclusive como primo-manifestação da infeção, conferindo-lhe o estadio de SIDA *ab initio*. A identificação e início precoce de terapêutica dirigida à infeção é fundamental, uma vez que a imunossupressão perpetua a oncogénese e confere pior prognóstico à doença linfoproliferativa.

Abcessos Hepáticos por *Klebsiella pneumoniae*: Desafio Diagnóstico

Lúcia Carreira Marques; Tiago Ferreira; Joana Magalhães; Mariana Alegre; João Dias-Ferreira; Clara Silva; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A *Klebsiella Pneumoniae* (KP) é uma bactéria oportunista cada vez mais associada a infeções graves, com risco de disseminação metastática e cuja crescente resistência antimicrobiana representa um desafio.

Homem, 82 anos, antecedente de prótese valvular aórtica biológica. Recorre à urgência por febre há 3 dias e períodos de confusão, sem défices neurológicos focais, sem queixas algicas, respiratórias, urinárias ou gastrointestinais. Exame objetivo sem alterações de relevo. Analiticamente com hepatite aguda discreta do tipo misto com hiperbilirrubinemia e subida de marcadores inflamatórios. Serologias de vírus hepatotrópicos negativas. Exame sumário de urina com raros leucócitos e eritrócitos. Radiografia de tórax e tomografia abdominopélvica urgentes sem alterações de relevo, sem foco infeccioso aparente. Punção lombar com líquido sem pleiocitose, cultural negativo. Admitido para estudo, com hemoculturas com isolamento precoce de KP multissensível. Ecocardiograma transtorácico e transesofágico sem suspeita de endocardite. Ressonância da coluna sem evidência de espondilodiscite. Tomografia de positrões apenas com hipercaptação focal no lobo hepático esquerdo, compatível com infeção. Tomografia torácica sem alterações de relevo, sem foco infeccioso. Medicado com ceftriaxona 2g IV, com apirexia e normalização das alterações analíticas. Repetiu tomografia abdominal ao 10º dia de antibiótico com boa resposta local, sem evidência de abscesso e hemoculturas de controlo sem crescimento ao 21º dia. Fez 28 dias de antibioterapia. Assumidos abscessos hepáticos como foco primário da bacteriemia por KP.

É crucial uma investigação abrangente em quadros infecciosos atípicos. Não foram identificados outros focos evidentes, o que torna menos provável tratar-se de uma embolização infecciosa. Os abscessos hepáticos primários por KP são uma infeção comunitária pouco reportada em doentes não asiáticos.

Tireotoxicose: Arritmia como primeiro sinal

Lúcia Carreira-Marques; Tiago Ferreira; Joana Magalhães; Mariana Alegre; João Dias-Ferreira; Clara Silva; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

O hipertireoidismo tem impacto significativo sobre o sistema cardiovascular, aumentando a frequência cardíaca, a contratilidade miocárdica e a demanda de oxigénio. Tais necessidades podem conduzir a arritmias, sendo a fibrilhação auricular (FA) a mais frequente.

Homem, 63 anos, com insuficiência cardíaca, com disfunção sistólica do ventrículo esquerdo grave por cardiomiopatia dilatada não isquémica, portador de cardiodesfibrilhador implantado (CDI) em prevenção primária. Recorre à urgência após choques do CDI. Sem febre, queixas álgicas, dispneia, palpitações ou síncope. Sem insónia, perda ponderal, hypersudorese. Objetivamente com auscultação cardíaca arritmica, pressão arterial 110/60 mmHg, sem estase pulmonar. Electrocardiograma a mostrar FA *de novo* com 154 bpm e bloqueio de ramo direito. Medicado com metoprolol, sem resposta. Interrogado CDI – registo de FA há menos de 24 horas, tendo-se alterado estratégia para controlo de ritmo com perfusão de amiodarona. Analiticamente com hormona estimulante tiróide (TSH) 0,07 µUI/mL, tiroxina livre 1,74 ng/dL e triiodotironina livre 14,29 pg/mL (função normal há 4 meses) sem outras alterações de relevo. Suspensa amiodarona, mantendo FA. Sem história de tóxicos (contraste ou amiodarona) prévia. Ecografia tiroideia mostrou imagem sugestiva de tiroidite e vascularização por Doppler conservada. Anticorpos anti-receptor TSH, anti-Tireoperoxidase e anti-Tireoglobulina negativos. Iniciou tiamizol 30mg, prednisolona 30mg e propranolol 40mg, com normalização da triiodotironina livre e tiroxina livre, mantendo tireotrofina suprimida. Admitido quadro de FA *de novo* em contexto de tireotoxicose por provável tiroidite aguda.

A FA no contexto de tireotoxicose responde, em geral, ao controlo das hormonas tiroideias, devendo evitar-se o uso de amiodarona pelo seu efeito tóxico na função tiroideia. Este caso destaca a importância da avaliação da função tiroideia numa FA *de novo* e a escolha adequada do tratamento.

Icterícia e hepatomegalia: cancro da mama oculto como diagnóstico diferencial

Mariana Lobo Oliveira; Maria João Oura; Marisa Lopes Neto; Margarida Vinhas; Andreia Alves Costa; Luís Nogueira Silva; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças oncológicas

A ausência de sintomas mamários e a inespecificidade das queixas iniciais podem atrasar o diagnóstico de cancro da mama, tornando essencial uma abordagem clínica multidisciplinar para identificação precoce e início rápido do tratamento.

Mulher de 57 anos, sem história prévia de neoplasia, recorreu ao serviço de urgência por icterícia, aumento progressivo do perímetro abdominal, perda ponderal não intencional com três meses de evolução. Relatava enfartamento precoce com o mesmo tempo de evolução tendo realizado endoscopia digestiva que identificou gastrite ligeira e infeção por *Helicobacter pylori*. O rastreio do cancro da mama realizado há dois anos não evidenciava malignidade. Ao exame físico, apresentava abdómen globoso, pouco depressível e edema periférico bilateral até aos joelhos.

Analiticamente, sem anemia nem trombocitopenia, mas com elevação das enzimas de colestase (GGT 3636 U/L, FA 1111 U/L), com hiperbilirrubinemia e INR 1,1. A ecografia abdominal revelou hepatomegalia massiva com parênquima heterogéneo e múltiplas formações nodulares coalescentes, sem dilatação das vias biliares. Ao exame objetivo detalhado no internamento apresentava hepatomegalia massiva até à fossa ilíaca esquerda, rígido e irregular bem como adenopatias axilares esquerda. O TC corpo inteiro confirmou a adenopatia axilar esquerda. A biópsia hepática identificou células neoplásicas com expressão de GATA-3 e recetor de estrogénio (100%), compatível com metástases hepáticas de carcinoma da mama. A mamografia e a ecografia mamária foram de difícil interpretação, mas foi realizada microbiopsia de uma área nodular à esquerda de 14 mm que confirmou o diagnóstico de cancro da mama. Durante o internamento, a doente apresentou agravamento clínico e laboratorial, com progressão da colestase. Dada crise visceral ser uma urgência oncológica a doente iniciou quimioterapia life-saving antes da obtenção da histologia definitiva.

Este caso ilustra a apresentação atípica do cancro da mama metastizado, manifestando-se inicialmente como disfunção hepática grave. O reconhecimento precoce de metástases hepáticas como possível primeira manifestação da doença é fundamental para evitar atrasos no diagnóstico e iniciar terapêutica direcionada rapidamente

Nefropatia Membranosa anti-PLA2R

Margarida Miguel Paraíso; Ana Isabel Sá; Ana Luísa Rodrigues; Ana Cristina Peixoto; Helena Silva; Helena Oliveira; Marta Patacho; Jorge Almeida

CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO, EPE

Tema: Doenças renais

Introdução

A síndrome nefrótica caracteriza-se por proteinúria maciça, hipoalbuminemia, edema e hiperlipidemia, sendo mais frequente em homens entre os 40-60 anos. Pode ter causas primárias, como glomerulopatias idiopáticas, ou secundárias, associadas a infeções, doenças autoimunes, neoplasias ou fármacos. A nefropatia membranosa é uma das causas mais comuns em adultos e associa-se frequentemente a anticorpos dirigidos contra o receptor de fosfolipase A2 (anti-PLA2R), manifestando-se com edema progressivo, proteinúria e, por vezes, insuficiência renal.

Caso Clínico

Homem de 67 anos, com antecedentes de hipertensão resistente, nefropatia hipertensiva, fibrilhação auricular e dislipidemia. Após cirurgia de hérnia inguinal complicada por hematoma e uso de anti-inflamatórios para controlo algico, desenvolveu edema periférico de novo, agravamento da função renal e ganho ponderal de 5 kg em 3 semanas, tendo sido orientado para avaliação no Serviço de Urgência (SU) por suspeita de síndrome nefrótica. No SU apresentava lesão renal aguda AKIN 3 (creatinina 3,4 mg/dL), proteinúria de 3,0 g/L e hipoalbuminemia de 28 g/L e ecografia renovesical a sugerir nefropatia. Internado para estudo etiológico, que revelou velocidade de sedimentação elevada e anti-PLA2R positivos. A biópsia renal confirmou a presença de nefropatia membranosa. Iniciou-se tratamento imunossupressor com rituximab, controlo da tensão arterial e diurético para gestão de hipervolemia. Reavaliação em consulta, com melhoria clínica após 3 tomas de rituximab, com remissão parcial.

Conclusão

O diagnóstico de nefropatia membranosa anti-PLA2R permitiu um tratamento direcionado, prevenindo a progressão para insuficiência renal terminal. A deteção precoce desta patologia é essencial, dado o bom prognóstico com tratamento adequado. Este caso reforça a importância de um diagnóstico atempado, que permite iniciar imunossupressão, monitorizar eficazmente e preservar a função renal a longo prazo.

Vale a pena o risco? Evento adverso raro de um fármaco de uso frequente

João M. Mendes Coelho; José Santos; Ricardo Velho; Carolina Teles; Joana Coelho; Lèlita Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

O metamizol é um analgésico e antipirético de utilização comum. A agranulocitose é um evento adverso bastante raro (1-2 casos/ano em Portugal), contudo, suficientemente grave para este fármaco não ter sido aprovado em inúmeros países. Permanecem dúvidas quanto ao tempo de exposição necessário para o desenvolvimento deste evento.

Caso clínico

Mulher de 69 anos recorreu ao Serviço de Urgência por febre, tosse seca, dispneia, dor na cavidade oral e odinofagia com 3 dias de evolução. Sem outra sintomatologia. Referiu toma de metamizol magnésio 575mg 8/8h nos 5 dias anteriores por lombalgia crónica. Ao exame objectivo estava hipotensa (93/63 mmHg), taquicárdica (155 bpm), febril (39°C) e apresentava mucosite oral. Do estudo analítico destaca-se neutropenia grave ($0,02 \times 10^9/L$) e elevação da proteína C-reativa (31 mg/dL), sem outras citopenias. Radiografia do tórax inicial e sumária de urina sem alterações. Foi assumida agranulocitose e iniciado Factor de Crescimento de Colónias dos Granulócitos (G-CGF) e antibioterapia. Por progressão para disfunção hematológica, cardiovascular, respiratória e neurológica, a doente foi transferida para unidade de cuidados intermédios. Após investigação exaustiva não se identificou outra causa para a agranulocitose, pelo que se associou ao metamizol. A disfunção hematológica resolveu após 12 dias de G-CGF, com cedência da febre no dia seguinte, tendo cumprido 14 dias de meropenem, vancomicina, fluconazole e aciclovir. A doente teve alta assintomática e com resolução sustentada da agranulocitose.

Discussão

Este é um caso de agranulocitose associada ao metamizol que evoluiu para sépsis com ponto de partida respiratório com disfunção multiorgânica. É importante estar alerta para a possibilidade de agranulocitose associada ao metamizol, que, talvez pela sua raridade, é muitas vezes desvalorizada embora potencialmente fatal. Realça ainda a importância da exclusão de outras causas bem como o papel do G-CGF na melhoria clínica, analítica e no prognóstico.

Tuberculose Pleural em Jovem Migrante: Desafio Diagnóstico

Diana Marreiros; Cláudia Alexandra Ribeiro; Mónica Silva; Maria Luísa Alvarenga; Rodrigo Morgado; Inês Gomes Madeira; Monika Dvorakova; Konstyantyn Romashchuk; Valentyn Roshkulets; Margarida Santos; Sara Rodrigues Silva; Pedro Laranjo; Filipe Cunha Dias; Cátia Albino; Henrique Rita

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO LITORAL ALENTEJANO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A tuberculose pleural é um desafio diagnóstico, especialmente em doentes imunocompetentes. Em Portugal, representa cerca de 7.4% dos casos de tuberculose extrapulmonar. Este caso destaca a importância da suspeição clínica e do diagnóstico precoce.

Caso Clínico

Homem, 31 anos, natural do Peru, a residir em Portugal há 1 ano, sem antecedentes relevantes. Recorreu ao serviço de urgência por queixas de dispneia, tosse não produtiva, hipersudorese e sensação de peso torácico à direita, desde há 2 semanas. Laboratorialmente com elevação dos parâmetros inflamatórios: PCR 10.22 mg/dL, VS 48 mm, sem leucocitose. O RX torácico revelou derrame pleural extenso à direita. Foi internado por pneumonia adquirida na comunidade complicada com derrame parapneumónico e iniciou antibioterapia. As pesquisas de BAAR e exames culturais na expectoração e no lavado broncoalveolar foram negativos. A toracocentese revelou líquido pleural compatível com exsudado com ADA elevada (46 U/L), exames culturais bacteriológicos e micobacteriológicos negativos, pesquisa de BAAR negativa, PCR para *Mycobacterium tuberculosis* negativa. O exame anatomopatológico do líquido pleural foi negativo. Pela ausência de resposta à antibioterapia e elevada suspeição clínica, tendo em conta o contexto epidemiológico, iniciou terapêutica antibacilar para tuberculose pleural. Evoluiu favoravelmente, com regressão do derrame pleural e melhoria clínica.

Discussão

Este caso reforça a necessidade de suspeição clínica para tuberculose pleural, muitas vezes subdiagnosticada. A toracocentese e a determinação do ADA foram fundamentais no diagnóstico. A biópsia pleural poderia ter auxiliado na confirmação, mas a resposta clínica à terapêutica antibacilar confirma a importância do tratamento precoce mesmo em casos com exames laboratoriais iniciais negativos.

Tuberculose Peritoneal em Doente Cirrótica: A Importância do Diagnóstico Precoce

**Diana Marreiros¹; Catarina Costa²; Pedro Mesquita²; Maria Manuela Estevinho²;
Catarina Gomes²; Ana Paula Silva²; Teresa Freitas²; Cláudia Alexandra Ribeiro¹;
Mónica Ferro Silva¹; Cátia Albino¹; Henrique Rita¹**

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO LITORAL ALENTEJANO

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A tuberculose peritoneal é uma entidade rara e de difícil diagnóstico, particularmente em doentes cirróticos, onde pode ser confundida com peritonite bacteriana espontânea. O atraso no reconhecimento e tratamento pode levar a elevada morbidade e mortalidade. Este caso destaca a necessidade de iniciar terapêutica empírica precoce em doentes com forte suspeita clínica, mesmo na ausência de confirmação microbiológica.

Caso Clínico

Mulher de 69 anos, nacionalidade portuguesa, antecedentes de cirrose hepática de etiologia metabólica, diabetes e hipertensão arterial. Admitida por distensão abdominal, edema dos membros inferiores e hipersudorese há 1 semana. À avaliação apresentava ascite moderada, edema dos membros inferiores, sem icterícia ou sinais de encefalopatia hepática. Laboratorialmente com PCR 4.88 mg/dL, sem leucocitose. A paracentese diagnóstica revelou líquido ascítico (LA) compatível com hipertensão portal, neutrófilos 573/uL e predomínio de mononucleares. Foi internada com o diagnóstico de peritonite bacteriana espontânea e iniciou antibioterapia. Evoluiu com febre persistente e ausência de resposta ao antibiótico, mesmo após escalada antibiótica. Após exclusão de peritonite secundária e neoplasia, foi considerada a hipótese de tuberculose peritoneal; no entanto, o IGRA foi negativo, a ADA no LA foi negativa (22.8 U/L), a deteção de DNA por PCR para *Mycobacterium tuberculosis* foi inconclusiva, e a cultura de micobactérias continuava pendente. Após discussão em equipa multidisciplinar, optou-se por não iniciar a terapêutica antibacilar. A doente evoluiu para falência hepática aguda e faleceu. O diagnóstico de tuberculose peritoneal foi confirmado post-mortem pela cultura do líquido ascítico.

Discussão

Este caso realça a importância de considerar a tuberculose peritoneal em doentes cirróticos com ascite e febre persistente. O resultado da cultura micobacteriana pode ser demorado, pelo que a decisão terapêutica deve ser baseada na suspeita clínica, resultados laboratoriais sugestivos e ausência de resposta ao tratamento antibiótico convencional.

Conclusão

O início precoce da terapêutica antibacilar deve ser ponderado em doentes com suspeita de tuberculose peritoneal, mesmo sem confirmação microbiológica, para evitar desfechos fatais.

Trombocitopenia grave induzida por Trimetoprim-Sulfametoxazol

Constantin Sitari; Rodolfo Almeida; João Pires Santos; Marta Silva Lobo; Bruno Texeira; Rosario Blanco Sáez

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALGARVE

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A trombocitopenia induzida por medicamentos (TIM) é uma entidade subdiagnosticada, resultante de lesão medular direta, mecanismos imunomediados ou formação de haptenos. Habitualmente assintomática, pode originar reduções acentuadas da contagem plaquetária com elevado risco de complicações hemorrágicas.

Caso clínico

Homem, 59 anos, com hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, iniciou trimetoprim-sulfametoxazol (TMP/SMX) 160mg/800mg bid por infecção urinária. Após a terceira toma, desenvolveu hematúria macroscópica, dor epigástrica e episódio de hematémese. No exame físico, apresentava petéquias nos membros inferiores, abdómen e tronco, sem hepatoesplenomegalia. Analiticamente, hemoglobina 15,6 g/dL, leucócitos $7,5 \times 10^9/L$ e plaquetas $1 \times 10^9/L$ ($220 \times 10^9/L$ três dias antes). O esfregaço de sangue periférico não revelou agregados plaquetários nem alterações morfológicas significativas. Estudo imunológico negativo (anticorpos antinucleares, anti-dsDNA, ANCA, fator reumatoide) tal como as serologias para hepatite B e C, Epstein-Barr, VIH e citomegalovírus. Perante a suspeita de TIM, suspendeu-se o TMP/SMX, com transfusão de 2 unidades de concentrado de plaquetas. Realizou imunoglobulina intravenosa (1 g/kg) e três dias de metilprednisolona (1 g/dia), seguido de prednisolona oral. Observou-se recuperação progressiva da contagem plaquetária ($92 \times 10^9/L$), tendo alta com prednisolona em desmame e vigilância hematológica.

Discussão

A TIM associada ao TMP/SMX é rara, com incidência de 38 casos por milhão de utilizadores por semana, sendo o mecanismo predominantemente imunológico. Este caso cumpre 3 dos 4 critérios diagnósticos propostos por George et al., classificando-o como diagnóstico provável. A reexposição ao fármaco poderia confirmar o diagnóstico, mas não é recomendada devido ao elevado risco hemorrágico. Este caso reforça a importância do reconhecimento precoce e suspensão imediata do fármaco, permitindo intervenção eficaz e recuperação completa.

Quando o Parvovírus agrava a Anemia Hemolítica

Patrícia Cláudio Ferreira; Fábio Alves; Ricardina Macedo; Margarida Monteiro; Olinda Caetano; Rosa Ferreira; Rosário Araújo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A esferocitose hereditária (EH), embora relativamente rara, é a causa mais comum de anemia hemolítica. Pode apresentar-se em qualquer idade, desde a idade fetal até à nona década de vida, e com índices de gravidade distintos.¹ O presente caso evidencia uma das suas formas de apresentação e a etiologia infecciosa como uma das suas causas de agudização.

Caso Clínico

Sexo feminino, 35 anos, antecedente de esferocitose hereditária sem seguimento desde 2009. Familiares maternos com a doença, sendo a mãe esplenectomizada.

Apresentou clínica de dor lombar bilateral com 5 dias de evolução, que aliviava com o repouso. Negava trauma ou queda. Associadamente com vômitos, dejeções líquidas, sem sangue ou muco e lipotimia. Negado contexto epidemiológico de doença, perdas hemáticas e outra sintomatologia. Consumo habitual de água do poço.

À admissão com anemia hemolítica: Hb 5.1 g/dl (em 2022 com registo 12.2), hipoproliferativa (IPR 0.2%), elevação LDH (445 U/L), hiperbilirrubinemia à custa da indireta e consumo de haptoglobulina (<10 mg/dl). AngioTC abdominopélvico sem alterações, apenas esplenomegalia de 17.5 cm. Realizou 2 unidades de glóbulos rubros e ficou internada no serviço de Medicina Interna para controlo sintomático e investigação etiológica.

Do estudo realizado em internamento: teste de Coombs negativo, vírus respiratórios negativos, défice de ácido fólico, sem outros défices hematínicos, imune hepatite B, hepatite C, HIV e Leptospira negativa, contato prévio com hepatite A, EBV e CMV. Anticorpo IgM e IgG Parvovírus B19 positivos.

Durante internamento com resolução sintomática e Hb de controlo 7 mg/dl. Iniciou suplementação com ácido fólico e teve alta orientada para consulta.

Discussão

Uma causa importante de exacerbação na EH são as infeções, sendo a infeção por Parvovirus uma das causas mais comuns de aplasia medular transitória. O presente caso ilustra a investigação etiológica realizada no estudo de anemia hemolítica não imune.

Tiroide e Lítio - uma relação tóxica

INES SOUSA MIRANDA MENDES SILVA; Kristoffer Brustad; Raquel Domingos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LISBOA OCIDENTAL

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

O hipertiroidismo associado ao lítio é uma entidade rara.

Caso Clínico

Homem de 44 anos, história pessoal de atraso do desenvolvimento psicomotor, epilepsia e autismo, medicado cronicamente com lítio. Admitido por tempestade tiroideia (apresentação clínica com encefalopatia mioclónica grave, febre e taquicardia, Burch and Wartofsky criteria score de 65), TSH indetectável, T4 livre máxima de 61,5 pmol/L e intoxicação por lítio (2,6 mmol/L). EEG inicial com actividade paroxística esporádica, sem critérios de mal eléctrico. Abordagem terapêutica inicial em UCI com hidrocortisona, propiltiuracilo, propranolol, lugol e colestiramina, verificando-se diminuição progressiva da T4 livre e recuperação neurológica e sistémica, com EEG de reavaliação sem actividade epileptiforme. Do estudo etiológico destaca-se: tiroglobulina normal, anticorpos anti-tiroideos negativos e ecografia tiroideia com tiroide homogénea de dimensões conservadas, sem nódulos suspeitos. Admitiu-se hipertiroidismo primário induzido pelo lítio.

Discussão

As causas de hipertiroidismo associado ao lítio incluem bócio difuso, bócio multinodular tóxico e tiroidite. Existem múltiplos mecanismos, nomeadamente, imunomediado, mecanismo de escape após inibição da libertação hormonal ou por efeito tóxico directo semelhante ao da amiodarona.

Por outro lado e de forma interessante, a tireotoxicose pode *per se* contribuir para a toxicidade por lítio através de disfunção renal tubular com aumento da reabsorção do metal induzido pela hormona tiroideia.

Admitimos no caso apresentado hipertiroidismo por efeito tóxico directo do lítio que por sua vez poderá ter potenciado a sua toxicidade.

O caso destaca-se pela raridade do fenómeno de hipertiroidismo induzido pelo lítio, pela interessante interacção, bem como, pela desafio clínico na abordagem e gestão de um doente com substrato neurológico e psiquiátrico complexo.

Um Caso Raro de Piomiosite Multifocal: Diagnóstico e Gestão de um Caso Complexo

Ana Catarina Domingues; Ricardo Martins-Ascencao; Lueji Gumbe; Bruno Campos; Patrícia Fernandes; Joana Raquel Monteiro; Sónia Salgueiro; Renato Saraiva

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE LEIRIA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A piomiosite é uma infeção supurativa do músculo esquelético, rara em países de clima temperado e habitualmente associada a imunossupressão ou trauma prévio. A sua apresentação multifocal em indivíduos imunocompetentes é excecional, levantando questões sobre potenciais fatores predisponentes.

Caso Clínico

Homem, 21 anos, previamente saudável, recorreu ao serviço de urgência por febre, edema e dor intensa no membro superior esquerdo, evoluindo com lombociatalgia esquerda incapacitante. Analiticamente com resposta inflamatória exuberante (PCR 432,5 mg/L e leucocitose com neutrofilia). A tomografia computadorizada revelou múltiplos abscessos intramusculares nos músculos peitorais, deltóide, bíceps, tríceps, glúteos, psoas e piriforme. O *Staphylococcus aureus* metilino-sensível (MSSA) foi isolado em hemoculturas e coleções purulentas. Necessitou de internamento prolongado com drenagens percutâneas e cirúrgicas. Cumpriu um regime antibiótico extenso, incluindo 1 dia de ceftriaxone, clindamicina e benzilpenicilina, 19 dias de flucloxacilina, 18 dias de trimetoprim/sulfametoxazol, 29 dias de clindamicina, 6 dias de linezolid, 36 dias de meropenem e 30 dias de vancomicina.

Manteve-se suspeita de imunodeficiência primária por hipogamaglobulinémia ligeira, elevação de IgE e história familiar de infeções bacterianas graves. A evolução foi favorável, com resolução imagiológica dos abscessos e recuperação funcional progressiva, mantendo sacrolileite sequelar a ser gerida em conjunto com Ortopedia. O doente mantém-se em consulta, continuando em estudo de potencial défice imunológico primário.

Discussão

A piomiosite multifocal representa um desafio clínico significativo. Este caso reforça a necessidade de um estudo imunológico aprofundado, especialmente na presença de história familiar sugestiva. O tratamento antibiótico prolongado e direcionado, associado a drenagens percutâneas e cirúrgicas foi fundamental para a resolução do quadro.

Conclusão

Esta entidade permanece rara e de difícil reconhecimento, exigindo uma atitude vigilante e terapêutica agressiva para evitar sequelas e garantir recuperação completa. A associação a potenciais imunodeficiências subclínicas deve ser considerada.

Parece Tuberculose. Mas olhe de novo!

**Alexandra Mendes; Ana Filipa Martins; Rita Matos Sousa; Cleide José Maria;
José Pimentel Maia; Joana Monteiro; Inês Brito Gonçalves; Luís Campos; Mariana Ruivo;
Joana Morais; Rosa Carvalho; Maria João Regadas**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

A neoplasia do esófago é das neoplasias com maior mortalidade, sendo o diagnóstico frequentemente tardio devido à ausência de sintomas específicos. Em particular, a acalásia pode retardar a sua identificação, pois os sintomas podem ser confundidos e mascarar o desenvolvimento da doença.

Caso clínico

Mulher de 49 anos, não fumadora, com antecedentes de acalásia tipo II submetida a cirurgia. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por queixas de tosse com expectoração purulenta de agravamento progressivo no último mês, hipersudorese noturna e perda ponderal. Realizou ciclos de antibioterapia prévios por assumpção de infeções respiratórias. No SU, destacava-se leucocitose com neutrofilia e aumento da PCR; tomografia computadorizada toracoabdominopélvica (TC-TAP) com espessamento difuso e irregular das paredes esofágicas desde o plano de T2 até T10 e opacidade justamediastínica no lobo superior direito parcialmente cavitada. A doente foi internada com suspeita de tuberculose pulmonar (TP) e lesão infiltrativa esofágica, tendo sido protelada a endoscopia digestiva alta pelo risco de TP. Na primeira observação no internamento, objetivada dificuldade respiratória com estridor. Revendo a história clínica, a doente apresentava dificuldade na deglutição de agravamento progressivo, com incapacidade total na alimentação atualmente. As imagens foram discutidas com a Radiologia, que afirmou a presença de uma extensa neoplasia do esófago cervical com compressão da via aérea. A lesão cavitada era um abcesso por fístula e invasão tumoral. As baciloscopias foram negativas.

Conclusão

O caso retrata uma clínica atípica de neoplasia do esófago, com vários fatores confundidores. A hipótese de TP atrasou o diagnóstico, apesar da lesão suspeita na TC-TAP. Após análise mais atenta, identificou-se a presença de um fator de risco para a neoplasia esofágica, a acalásia, dificuldade na deglutição e sintomas constitucionais, mascarados pela clínica que apoiava o diagnóstico de TP.

Doença de Still do Adulto: Relato de um caso

Margarida Midões Almeida¹; Margarida Resendes¹; Inês Cruz¹; Ana Sofia Pimenta¹; Inês Cabral²; Ana Corte Real¹; Beatriz Pinheiro¹; Susana Cavadas¹

¹ CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA / HOSPITAL INFANTE D. PEDRO, EPE

² CENTRO DE MEDICINA DE REABILITAÇÃO DE ALCOITÃO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A Doença de Still do Adulto é uma doença inflamatória sistémica, rara e de etiologia ainda desconhecida. Pode apresentar-se com uma variedade significativa de sintomas, dos quais os mais frequentes são febre elevada, exantema típico e artralgias/artrite. Os critérios de Yamaguchi são os mais utilizados para o seu diagnóstico, que é de exclusão.

Caso clínico

Apresenta-se o caso de uma mulher de 25 anos, autónoma e sem antecedentes pessoais e familiares de relevo, internada no Serviço de Medicina Interna para estudo de síndrome febril indeterminado. A doente apresentava história com cerca de 2 semanas de evolução de febre ($> 39^{\circ}\text{C}$), exantema macular de cor salmão não pruriginoso e disperso pelo tronco e extremidades, odinofagia, artralgias e mialgias. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios (leucocitose de 19000/L com neutrofilia de 16000/L, proteína c-reativa (PCR) 29mg/dL e ferritina 8795ng/mL). Do estudo etiológico realizado no internamento, apresentou negatividade para causa infecciosa (negatividade a vírus hepatotrópicos, zoonoses, infeções sexualmente transmissíveis, rubéola, toxoplasmose, tuberculose, exame antiestreptolisina, pesquisa de vírus respiratórios e painel respiratório bacteriano, urocultura e hemocultura); autoimunidade negativa; tomografia de pescoço, tórax, abdómen e pélvis, tomografia por emissão de positrões e ecocardiograma sem alterações e medulograma sem alterações. Assim, excluindo doenças infecciosas, reumatológicas e oncológicas e dado cumprir critérios de Yamaguchi para o diagnóstico, foi assumida Doença de Still do Adulto. Iniciou terapêutica com corticoterapia e anacinra, com resolução clínica e analítica.

Discussão

A Doença de Still do Adulto é rara e potencialmente grave. O seu diagnóstico pode ser desafiante e é um diagnóstico de exclusão. No entanto, deve ser tido em conta como diagnóstico diferencial no caso de uma febre sem foco.

Caso de Histoplasmose disseminada em doente VIH

João Carlos Oliveira¹; Bárbara Lemos²; Ana Margarida Ribeiro¹; Francisca Dâmaso¹; Marta Anastácio¹; Joana Duarte¹; Tiago Marques¹

¹ ARS LISBOA E VALE DO TEJO

² ARS CENTRO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A Histoplasmose é uma micose causada pelo fungo *Histoplasma capsulatum* e pode e apresentar-se em diferentes formas clínicas (assintomática, pulmonar e disseminada).

Homem, 33 anos, autónomo, natural do Brasil e residente em Portugal há 4 anos. Antecedentes pessoais de tuberculose pulmonar, coxartrose bilateral com trocanterite crónica e hernioplastia inguinal esquerda aos 10 anos. Diagnóstico inaugural de VIH-1 em estadio SIDA, 3 meses antes, durante internamento em UCI por co-infecção SARS-CoV-2 e *Bordetella pertussis* com insuficiência respiratória grave, tendo tido alta medicado com terapêutica anti-retroviral. Iniciou, cerca de 2 meses posteriormente, quadro de febre, sudorese, anorexia, odinofagia e lesões cutâneas nodulares disseminadas por todas as regiões do corpo, com confluência na face com 2 meses de evolução. Internado e realizado estudo complementar com resultados positivos para anticorpo IgM *Coxiella burnetii* e antígeno Galactomannan, tendo iniciado doxiciclina e voriconazol, mantendo picos febris diários. Imagiologicamente com opacificações em vidro despolido, adenopatias mediastínicas, hepato-esplenomegalia, espessamento da mucosa das cavidades sinusais e cornetos nasais, espessamento dos tecidos moles da face e densificação da gordura subcutânea. Por suspeita de histoplasmose disseminada, realizou biópsia das lesões cutâneas e iniciou terapêutica com anfotericina B. Confirmação à posteriori de anticorpo e antígeno positivos para *Histoplasma* spp., histopatologia cutânea compatível com infecção fúngica por *Histoplasma* spp. e identificação microbiológica de *Histoplasma capsulatum* nas biópsias. Cumpriu 14 dias de anfotericina B e alterado posteriormente para itraconazol que continuou durante 1 ano. Observou-se melhoria significativa das lesões cutâneas com regressão do padrão de nodularidade.

A Histoplasmose disseminada é definida pela presença extrapulmonar confirmada do fungo, como no presente caso. É mais comum em doentes imunodeprimidos (SIDA, transplantados e sob imunossupressão) e frequentemente grave ou fatal. A suspeita e o tratamento precoce são essenciais para o prognóstico do doente.

Apresentação atípica de Neurosífilis em doente VIH

João Carlos Oliveira¹; Bárbara Lemos²; Ana Margarida Ribeiro¹; Francisca Dâmaso¹; Marta Anastácio¹; Joana Duarte¹; Tiago Marques¹

¹ ARS LISBOA E VALE DO TEJO

² ARS CENTRO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A Sífilis é uma doença sexualmente transmissível, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Os sintomas e sinais clínicos podem ser variáveis, consoante o estadio em que se manifestam: primário, secundário e terciário. Existem 3 categorias gerais de sífilis terciária: goma sífilítica, sífilis cardiovascular e neurosífilis.

Homem, 28 anos, autónomo, natural do Brasil e residente em Portugal há 6 anos. Antecedentes pessoais de infeção por VIH-1 desde 2019, previamente sob terapêutica anti-retroviral, mas actualmente sem medicação habitual. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de diminuição de força nos membros inferiores e desequilíbrio de com 24 horas de evolução, tendo tido alta medicado com AINE e analgésico. Agravamento do quadro progressivo com limitação funcional da marcha, obstipação e dificuldade na micção, tendo recorrido novamente ao SU após 5 dias. Realizou TC-CE que mostrou pequena lesão justa-lenticular esquerda e RMN da coluna vertebral que evidenciou presença de múltiplas lesões de mielite, com captação de contraste leptomeníngea. Analiticamente com contagem total de linfócitos T CD4+ de 106 células/uL, carga viral de 246.000 cópias/mL e RPR positivo (1:8. Realizou punção lombar com pleiocitose linfocítica e VDRL (LCR) francamente reactivo. Admitiu-se neurosífilis com mielite transversa sífilítica, tendo sido iniciada penicilina que cumpriu durante 21 dias e corticoterapia com dexametasona, com evolução favorável e resolução praticamente completa das queixas, mantendo apenas discreta parestesia distal dos membros inferiores à data da alta. Reiniciou TARV sem intercorrências.

Este caso demonstra a grande variabilidade das manifestações clínicas de sífilis. Apesar de este tipo tardio de neurosífilis ser normalmente visto apenas 10 a 30 anos após infecção, é importante estar atento a apresentações atípicas em doentes imunodeprimidos nomeadamente em estadio SIDA e realizar sempre o rastreio na marcha diagnóstica de quadros neurológicos com possível etiologia infecciosa.

Síndrome Nefrótica como Manifestação Paraneoplásica de Carcinoma Urotelial

Mafalda Teixeira de Sousa; Mariana Pedrosa; Susana Reis da Silva; Sónia A. Melo; José Pestana Ferreira; Jorge Almeida; Marta Brito Alves

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças renais

Introdução

O síndrome nefrótica (SN), nos adultos, é uma manifestação paraneoplásica em cerca de 10% dos casos, sendo o diagnóstico um verdadeiro desafio face à síndrome idiopática. Apresentamos o caso clínico de um doente admitido por síndrome nefrótica cujo estudo teve um desfecho inesperado.

Caso Clínico

Homem, 88 anos, com hipertensão arterial e doença renal crónica G3A2, sem outras comorbidades relevantes. Medicado habitualmente com azilsartan 40mg + clortalidona 25mg; bisoprolol 2.5mg; dapagliflozina 10mg. Recorre ao serviço de urgência por edema periorbitário e dos membros inferiores, disúria e urina espumosa com 1 semana de evolução. Era também referida hematuria ocasional, não confirmado na admissão. No estudo analítico, com proteinúria nefrótica (5.45 g/L) na urina de 24h, hipoalbuminemia (20.8 g/L) e colesterol total 221 mg/dL. Estudo imunológico negativo. Anticorpo anti-recetor fosfolipase A2 negativo. A biópsia renal revelou achados histológicos compatíveis com glomerulonefrite membranosa. O exame citológico da urina revelou células de características compatíveis com carcinoma urotelial de alto grau. Ecografia reno-vesical sem alterações. Na cistoscopia observaram-se lesões sugestivas de carcinoma *in situ* da parede posterior da bexiga. Foi orientado para intervenção cirúrgica em ambulatório.

Conclusão

A manifestação paraneoplásica de SN, com glomerulonefrite membranosa, ocorre mais frequentemente nas neoplasias do pulmão, colorretal e mama. Encontram-se na literatura apenas mais 5 casos de SN em que se associou a neoplasia urotelial. Nos casos descritos não parece haver uma associação bem estabelecida entre a clínica de apresentação e o estadio da neoplasia. A abordagem terapêutica da neoplasia primária é fundamental para resolução do SN.

Herpes Zoster em “zonas” atípicas

Ana David do Carmo; Beatriz Tallon; Margarida L. Nascimento; Filipa Malheiro; Bebiana Gonçalves; Alexandra Bayão Horta

HOSPITAL DA LUZ LISBOA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

O Herpes Zoster (HZ) resulta da reativação do vírus varicela-zoster, que permanece latente nos gânglios nervosos após infeção primária. Manifesta-se por *rash* vesicular e neurite aguda, podendo complicar-se com envolvimento oftálmico, síndrome de *Ramsay Hunt*, meningite, necrose retiniana e doença disseminada consoante os territórios atingidos e/ou o grau de disseminação sistémica da infeção. Os principais fatores de risco incluem idade avançada, imunossupressão e doenças crónicas. O diagnóstico é clínico podendo haver confirmação laboratorial.

Homem, 79 anos, surgiu com vesículas na metade superior da hemiface esquerda, sendo diagnosticado com HZ do território do ramo oftálmico do nervo trigémio e tratado com brivudina oral e aciclovir tópico. Recorreu de novo por agravamento das lesões com impétigo, celulite e edema palpebral, ficando internado por infeção a HZ, com afeção cutânea e oftalmológica, iniciando aciclovir EV e flucloxacilina. A RM-CE mostrou inflamação periorbitária e do gânglio lacrimal, sem envolvimento leptomeníngeo. Após 14 dias de antiviral, incluindo ganciclovir colírio oftálmico, apresentou melhoria, iniciando gabapentina para nevralgia pós-herpética.

Mulher, 76 anos, com artrite reumatóide sob corticoterapia e leflunomida, apresenta-se com quadro com 5 semanas de dor no olho esquerdo (OE), lesões vesiculares dolorosas periorbitárias com extensão à região frontoparietal tendo feito múltiplos tratamentos, incluindo brivudina, aciclovir e prednisolona com cloranfenicol pomada oftálmica. Mais tarde com cefaleia, alteração da marcha e diminuição da acuidade visual no OE. Objectivou-se uveíte e queratite herpéticas e na PL havia pleocitose, admitindo-se provável envolvimento do SNC. A TC-CE não mostrou alterações. Cumpriu 14 dias de aciclovir EV e colírio de moxifloxacina e gentamicina. Na alta com melhoria das lesões cutâneas, mantendo úlcera da córnea com opacidade.

A infeção a HZ é geralmente uma infeção pouco grave, porém existem formas que merecem atenção particular como as formas disseminadas, sobretudo com afeção do SNC, e as formas localizadas com complicações locais, nomeadamente oftalmológicas. Actualmente, a vacinação é recomendada para reduzir o risco de HZ e as suas complicações com particular eficácia na prevenção da nevralgia pós-herpética.

Ascite como apresentação inaugural de neoplasia gástrica

Ada Monteiro Santos¹; Patrícia Varanda Dias²; Rute Painçal²; Lígia Rodrigues Santos²

¹ CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

A ascite surge maioritariamente como complicação de doença hepática crónica (DHC), embora possa estar relacionada com malignidade. Como manifestação inicial de cancro gástrico (CG) é incomum e fator de mau prognóstico.

Caso Clínico

Homem de 59 anos, sem antecedentes de relevo, recorreu ao serviço de urgência por quadro com um mês de evolução de perda ponderal e ascite. TC abdominal realizada na semana prévia sugestiva de DHC e hipertensão portal (HTP). Objetivamente com mau estado geral, ascite de grande volume e abdómen doloroso. Analiticamente leucocitose e neutrofilia, proteína C reativa elevada, colestase e hipoalbuminemia. Líquido ascítico (LA) com predomínio de células mononucleares e gradiente albumina soro-ascítico $<1,1\text{mg/dL}$. Bacteriológico e DNA BK negativos. Citológico negativo para células malignas. Por hemorragia digestiva alta realizou endoscopia digestiva alta, verificando-se uma lesão ulcerada e dura na face anterior do antro proximal. Repetiu TC TAP sugestiva de carcinomatose pleural e peritoneal, metástases ganglionares e óssea. Biópsia gástrica confirmou o diagnóstico de carcinoma gástrico indiferenciado, com componente tubular e de células pouco coesas (HER-2 +). Evolução desfavorável no internamento, sem condições para tratamento sistémico, tendo vindo a falecer.

Discussão

A ascite secundária a malignidade representa cerca de 10% dos casos. Metade destes casos de ascite ocorre devido a carcinomatose peritoneal, geralmente associada à presença de células malignas na citologia do LA, o que não se verificou neste caso. Adicionalmente, a TC abdominal recente sugestiva de DHC com HTP poderia influenciar o diagnóstico, mostrando-se a análise do LA essencial na pesquisa de outras patologias associadas.

Conclusão

Este caso clínico ilustra a relevância do diagnóstico diferencial de causas de ascite e da deteção precoce de CG, alertando-nos para a ocorrência de apresentações variadas, requerendo um elevado nível de suspeição para o diagnóstico.

Doença de Tangier e Hipertireoidismo de novo: quando a tiróide não ajuda...

Sara Bravo¹; Catarina Branco²; Sofia Perestrelo Lima²; Rita Quelhas Costa²; Rui Seixas²; Teresa Pereira²; Rita Soares²

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ENTRE DOURO E VOUGA

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A Doença de Tangier (DT) é uma doença genética extremamente rara, de transmissão autossómica recessiva, causada por mutações no gene ABCA1, condicionando uma deficiência grave de lipoproteínas de alta intensidade (apolipoproteína A1 e HDL). A prevalência estimada é 1/1.000.000 com apenas 200 casos reportados no mundo. As manifestações clínicas são secundárias à deposição de colesterol esterificado e incluem doença cardiovascular precoce, hepatoesplenomegalia, neuropatia periférica, hipertrofia amigdalina e opacidade da córnea. Assim, vários fatores podem facilmente descompensar a doença de base.

Caso Clínico

Mulher de 48 anos, com doença coronária multivaso (revascularizada) e história de valvuloplastia aórtica em contexto de aterosclerose avançada secundária a DT. Recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia e dor torácica súbitas. À admissão, polipneica sob máscara de Venturi a 60%, hipertensa (186/90mmHg) e taquicárdica (132 bpm), com insuficiência respiratória hipoxémica aguda. Eletrocardiograma com taquicardia sinusal e infraST em III/V4-V6. Analiticamente: elevação da Troponina I (284.6ng/L) e do NT-proBNP (2785pg/mL). Telerradiografia de tórax com congestão pulmonar bilateral. Instituída pressão positiva contínua, diurético e dinitrato de isossorbida em perfusão. Admitida em unidade de cuidados intermédios por edema agudo do pulmão hipertensivo. No primeiro dia de internamento, recorrência de dor precordial intensa, mantendo taquicardia sinusal e perfil tensional hipertensivo. Sérição troponinérica em crescendo (máximo 12453ng/L), mas cateterismo cardíaco urgente sem oclusão crítica de vaso. Estudo complementar com HDL indoseável e hipertireoidismo de novo (TSH <0.01 µUI/mL, T4L/T3L 27.4/11.3 pmol/L). Iniciou tratamento com Metimazol 10 mg bid e Propranolol 20 mg tid, com evolução favorável, assumindo-se o hipertireoidismo de novo como descompensador da insuficiência cardíaca.

Discussão

O caso ilustrado particulariza-se por um estado de insuficiência cardíaca de alto débito induzido pela emergência de um hipertireoidismo de novo, numa doente jovem, com doença isquémica precoce associada à DT. Este caso enfatiza ainda a importância de uma abordagem multissistémica, ilustrando a interligação entre uma endocrinopatia comum e uma doença genética rara.

Doença pneumocócica invasiva: sequelas visíveis e importância da vacinação em grupos de risco

Sara Armelim Alves; Duarte Lages Silva; António Cardoso Fernandes; Patrícia Araújo; Ana Frederica Parente; Iara Fazenda; Joana Costa Lemos; Joana Esteves; Carmélia Rodrigues; Diana Guerra

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

Doença pneumocócica invasiva (DPI) representa uma condição grave e potencialmente fatal, especialmente em doentes esplenectomizados, pela suscetibilidade a infeções por bactérias capsuladas, como é o caso do *Streptococcus pneumoniae* (SP).

Caso Clínico

Mulher, 57 anos, antecedentes de hipertensão arterial e obesidade, submetida em 2018 a cirurgia bariátrica e esplenectomia por alteração imagiológica esplénica (anatomia patológica: hemangioma cavernoso). Sem recomendação posterior de vacinação. Em outubro/2023, inicia cefaleia de agravamento progressivo, vómitos, diarreia e febre (máx 40,1°C), evoluindo para alteração do estado mental. À avaliação, apresentava-se confusa e agitada (GCS13-O3V4M6), documentando-se sinais meníngeos, associado a sinais clínicos e achados laboratoriais de sépsis com disfunção multiorgânica: hipotensão com hiperlactacidemia, lesão renal aguda com acidose metabólica e má perfusão periférica. A punção lombar revelou líquido turvo, pleocitose neutrofílica, hipoglicorráquia e proteinorráquia. Iniciou vancomicina, ceftriaxone e dexametasona. Antígenos capsulares no líquido positivo para SP, concluindo-se DPI com meningoencefalite e choque séptico. Admissão em unidade de cuidados intensivos, sob suporte vasopressor e posteriormente ventilatório por pneumonia com insuficiência respiratória. Hemoculturas e líquido confirmaram SP, sendo descalada para penicilina. No internamento, lesões isquémicas das extremidades (mãos e pés), questionando-se a relação com o suporte vasopressor versus sépsis. Excluída fonte embólica. Realizada vacinação contra pneumococo, meningococo e *Haemophilus influenzae*. Opção por tratamento conservador da isquemia digital, queda espontânea após necrose seca.

Discussão

Em 2022, o ECDC notificou 17.700 casos de DPI, sendo 2,7% com meningite/sépsis à apresentação. Destes, 70,3% não estavam vacinados. O caso reforça a importância da vacinação antipneumocócica em grupos de risco, principal estratégia na prevenção da DPI.

Cetoacidose diabética e toxicodermia induzida por Alpelisib

António Cardoso Fernandes; Patrícia Araújo; Ana Frederica Parente; Iara Fazenda; Sara Armelim Alves; Joana Costa Lemos; Cátia Barreiros; Carmélia Rodrigues; Diana Guerra

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

O carcinoma da mama é uma das neoplasias mais comuns em mulheres, frequentemente tratado com terapias hormonais. O Alpelisib, um inibidor da fosfatidilinositol-3-cinase (PI3K), eficaz em doentes com mutações nesse gene, está associado a efeitos adversos frequentes, como hiperglicemia, cetoacidose diabética e toxicodermia.

Caso Clínico

Sexo feminino, 49 anos. Antecedentes de diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensão arterial e obesidade. Diagnosticada em 2013 com carcinoma da mama direita, estágio IV com metástases ósseas e hepáticas, em 6.ª linha de tratamento com Alpelisib, iniciado em 21/02/2024. Admitida no serviço de urgência em 28/02 por hiperglicemia e vômitos desde então. Apresentava sinais de desidratação, glicemia 343 mg/dL e acidemia metabólica (pH 7.04, HCO₃⁻ 3.8, Lactato 4.5), com cetonemia. Iniciada perfusão de insulina e fluidoterapia, internada na Unidade de Cuidados Intermédios e, posteriormente, transferida para a enfermaria. No dia 01/03, desenvolveu exantema cutâneo com prurido e febre, interpretado como toxicodermia associada ao Alpelisib. Iniciado anti-histamínico, mas, face ao agravamento progressivo, iniciou Prednisolona 1 mg/kg a 02/03. Realizada biópsia cutânea, confirmando toxicodermia. Boa resposta clínica sob corticoterapia, mas com hiperglicemias, que foram controladas com ajustes da insulinoaterapia. Teve alta orientada para consulta, com indicação para suspensão do Alpelisib, esquema de desmame de corticoterapia, e ajuste da insulinoaterapia.

Discussão

O Alpelisib é um inibidor da PI3K utilizado no tratamento de carcinoma da mama localmente avançado ou metastático, com evidência de progressão da doença. No entanto, apresenta efeitos adversos significativos e frequentes, como hiperglicemia (e cetoacidose diabética) e erupções cutâneas. Este caso ilustra a importância de monitorizar de forma rigorosa os efeitos adversos, especialmente em doentes com diabetes *mellitus*.

Um nó na garganta: um caso complexo de disfagia

Marta Sanches; Ana Rita Ambrósio; Teresa Costa e Silva; Hugo Alves; Gabriel de Carvalho Ferreira; João Horta Antunes; Sara Frazão de Brito; Daniel Castanheira; Ana Beatriz Machado; André Santos; Paula Peixinho

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

Tema: Medicina geriátrica

Apresenta-se o caso de um homem de 84 anos, com história de acidente vascular isquémico com mais de 10 anos de evolução com disfagia para sólidos sequelar, além de dependência significativa de terceiros. Apresentava-se consciente e orientado em todas as vertentes, com discurso coerente.

Durante internamento devido a pneumonia por *Streptococcus pneumoniae*, observou-se alteração da voz e disfagia grave a líquidos e sólidos, com dependência de sonda nasogástrica. Foi realizado estudo etiológico, sendo identificado, na videoendoscopia de deglutição, abaulamento não pulsátil na parede posterior da hipofaringe, impedindo a visualização do esófago.

A avaliação foi complementada com tomografia computadorizada (TC) do pescoço, que evidenciou marcada osteofitose cervical anterior, com projeção ao nível dos corpos vertebrais de C3 e C4, além de extensa ossificação paravertebral anterior ao longo da coluna cervical. Essa alteração provocou moldagem da parede posterior da faringe, da transição faringo-esofágica, e também uma translação anterior da laringe, com rotação anti-horária da glote.

Perante o quadro de disfagia grave em um paciente com patologia neurológica prévia e compressão extrínseca da hipofaringe, foi proposta a colocação de PEG (gastrostomia endoscópica percutânea), que ocorreu sem intercorrências.

Este caso ilustra a complexidade da disfagia, uma patologia frequentemente subvalorizadas, cuja etiologia pode estar relacionada ao envelhecimento (presbifagia), bem como a patologias neurológicas; lembrando a necessidade de uma actuação proactiva relativamente aos síndromes geriátricos.

Pequenos vasos, grandes estragos: um caso clínico de Budd-Chiari de pequenos vasos

Inês Rafael Marques; Sofia Festa; Sara Marques Silva; Adriana Pereira Almeida; Ana Lima Silva; Carla Madureira Pinto

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO AVE

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Introdução

A Síndrome de Budd-Chiari (SBC) caracteriza-se pela obstrução à drenagem venosa do fígado, com etiologia não cardíaca e geralmente associada a lesão hepática. A SBC pode ser primária, associada a patologia das veias hepáticas ou da veia cava inferior, ou secundária, devido a compressão externa. A SBC primária está frequentemente relacionada a estados de hipercoagulabilidade.

Descrição do caso

Apresenta-se o caso de um homem de 56 anos, encaminhado à consulta de Doenças Hepáticas por elevação dos parâmetros de colestase e derrame pleural direito. Tinha antecedentes de AVC isquémico e hematoma renal em estudo. Estava medicado com aspirina e tinha consumo alcoólico diário moderado. Referia astenia como único sintoma e o exame físico era normal. O estudo analítico básico de doenças hepáticas não revelou anormalidades. A ecografia abdominal com doppler mostrou boa permeabilidade das grandes veias hepáticas, mas a biópsia hepática revelou congestão intrahepática. Foi pedida uma tomografia computadorizada abdominal, a mostrar alargamento das veias hepáticas superiores e veia cava inferior. Após exclusão de insuficiência cardíaca direita por ecocardiograma, foi considerado provável tratar-se de uma SBC. A ressonância magnética abdominal afastou a hipótese de hepatocarcinoma e de outras causas de compressão externa. A pesquisa de doenças trombóticas identificou a mutação C1298A em homozigotia e a variante 4G no gene PAI-1 em heterozigotia, ambas associadas a estados pró-trombóticos. O doente iniciou anticoagulante oral, apresentando melhoria clínica e analítica após três meses.

Conclusão

A SBC é relativamente comum, mas a obstrução das pequenas veias é rara. A biópsia hepática foi crucial para confirmar a SBC. Este caso evidencia a importância de combinar dados clínicos, incluindo antecedentes patológicos, imagiológicos e histológicos. O tratamento, com a identificação de mutações associadas à hipercoagulabilidade, passa por hipocoagulação.

Um caso de Síndrome de Stevens-Johnson

Patrícia de Oliveira Saraiva; Micael Pompermayer; Olga Korobka; Diana A. Silva; Beatriz Ribeiro; Rui Parente; Catarina Forra; Alexandre Louro; Paula Paiva; Rui Isidoro; Filipa Leitão; Francisco Saraiva Gil; Maria Eugénia André

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE CASTELO BRANCO

Tema: Doenças raras

O Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) é uma reação cutânea severa caracterizada por necrose e descolamento de até 10% da epiderme, geralmente associada a fármacos. Contudo, em pelo menos, 15% dos casos não se encontra uma relação direta com agentes desencadeantes, incluindo agentes infecciosos. Apesar de rara, deve ser considerada pela elevada taxa de mortalidade associada.

Caso clínico

Homem de 77 anos, parcialmente dependente nas atividades de vida diária, com história de meningite na infância e sem medicação habitual ou recente. Recorreu ao serviço de urgência por febre, odinofagia, mialgias, hiperemia conjuntival bilateral e *rash* maculopapular na face e tronco com 1 dia de evolução, tendo sido medicado com corticoterapia sistémica e anti-histamínico oral. Regressou, passado 1 dia, por prostração, recusa alimentar e expansão difusa do *rash*, incluindo cavidade oral e genitais, com algumas áreas de necrose. Por suspeita de pneumonia de aspiração e por etiologia cutânea de etiologia indeterminada, iniciou amoxicilina + ácido clavulânico, azitromicina e aciclovir.

Apesar da terapêutica, houve agravamento clínico com sufusão hemorrágica da mucosa oral e ocular e aparecimento de lesões bolhosas auriculares, nasais e palpebrais com sinal de Nikolsky positivo. Realizou-se estudo etiológico extenso, sem agente infeccioso identificado. Por não haver *trigger* evidente, optou-se pela realização de biópsia cutânea que foi compatível SSJ. Iniciou tratamento de suporte e corticoterapia sistémica, com boa evolução clínica e reepitelização da maioria das lesões.

Discussão e conclusão

Este caso mostra que nem sempre é encontrado um *trigger* para o SSJ. O diagnóstico é clínico e, perante a suspeita, é imperativo o início de terapêutica de suporte, e ponderada a transferência para unidade de queimados, para prevenir a extensão do descolamento cutâneo, de modo a evitar complicações como desequilíbrios hidroeletrólíticos graves ou infeções que podem cursar com sépsis e disfunção orgânica.

Insuficiência Primária da Suprarrenal - um diagnóstico à internista

Inês Rafael Marques¹; Rita S Xavier¹; Sofia Festa¹; Sara Silva¹; Inês Silva¹; Ana Pessoa²; Carla Madureira Pinto¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO AVE

² CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO AVE

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A insuficiência primária da suprarrenal é uma doença ameaçadora de vida e um diagnóstico desafiante pela instalação insidiosa do quadro clínico. Caracteriza-se pela diminuição na produção de gluco e mineralocorticóides, com sintomas e sinais inespecíficos e com um grau de gravidade variável, que pode ir de náusea a apresentação em choque. Em 70 a 90% dos casos, a etiologia é autoimune, designando-se, nesses casos, de Doença de Addison.

Caso Clínico

Apresenta-se o caso de um homem de 74 anos, autónomo, com antecedentes de Perturbação Depressiva e medicado com Mexazolam. Recorre ao Serviço de Urgência por quadro de astenia e perda ponderal de 18 quilogramas em três meses, associados a náusea e vômitos frequentes. Negava febre, hipersudorese e não apresentava contexto epidemiológico relevante. Objetivamente, a destacar apenas IMC 19.8 kg/m². Analiticamente, a destacar eosinofilia de 830/uL [Valores de Referência (VR): 0-700/uL], sódio de 117 mEq/L (VR: 135-145) e potássio de 5.2 mEq/L (VR: 3.5-5), sem elevação de parâmetros inflamatórios. A investigação inicial, com estudo analítico alargado, incluindo função tiroideia, estudos endoscópicos e tomografia computadorizada torácica, abdominal e pélvica, não revelou alterações. Após a conjugação de todos os dados, considerou-se a hipótese de Insuficiência Primária da Suprarrenal, confirmada através do doseamento do cortisol sérico matinal, cujo valor era < 1 ug/dL (VR 10-20), e da ACTH 256 pg/mL (VR: 7-63 pg/mL). O anticorpo anti-21hidroxilase era positivo, confirmando a etiologia autoimune. Foi iniciada suplementação com hidrocortisona e fludrocortisona, com resolução da sintomatologia gastrointestinal, melhoria da astenia e sintomatologia psiquiátrica, bem como resolução dos distúrbios hidroeletrólíticos.

Conclusão

O quadro constitucional, com sintomas abdominais, sem sinais de infeção, bem como a presença em simultâneo de hiponatremia e hipercalémia devem levantar a suspeita de insuficiência da suprarrenal. Este diagnóstico põe ainda em causa o diagnóstico prévio de Perturbação Depressiva, dado que a sintomatologia psiquiátrica pode preceder a restante, e tendo em conta a melhoria franca após início de suplementação com corticóide.

Síndrome de Sézary: A importância da suspeita precoce

Sara de Sousa; Bárbara Pereira; Andreia Sá Lima; Mário Bibi; Yuliana O. Eremina; Artur Silva

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A Síndrome de Sézary (SS) é uma variante rara e agressiva de linfoma cutâneo de células T, caracterizada por eritrodermia, prurido intenso e adenopatias. A presença de linfócitos T atípicos, com núcleos cerebriformes, é um achado-chave no sangue periférico. O diagnóstico é confirmado por imunofenotipagem e biópsia cutânea. Este caso realça a importância da suspeição clínica para um diagnóstico precoce.

Caso Clínico

Homem de 57 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por edema dos membros inferiores com 1 semana de evolução. Apresentava lesões eritematodescamativas pruriginosas dispersas há 9 meses, sem resposta a terapêuticas prévias, e hipersudorese noturna há 5 meses, sem outros sintomas B. Ao exame objetivo, com adenopatias cervicais, axilares e inguinais duras, móveis e indolores, a maior de 4 cm de diâmetro. A salientar também eritrodermia com extensão à face, edema duro bilateral dos membros inferiores até à raiz da coxa e queratodermia palmoplantar. Analiticamente, com leucocitose de 23.820/ μ L de predomínio linfocitário e LDH elevada. Esfregaço de sangue periférico e biópsias cutânea e ganglionar com células cerebriformes, compatível com SS. HTLV-1 negativo. Imunofenotipagem de sangue periférico e ganglionar com linfócitos T CD4+ anómalos com fenótipo maduro. O doente apresentou melhoria do quadro com introdução de corticoterapia (sistémica + tópica) e anti-histamínico, sendo orientado para Consulta de Hematologia.

Discussão

O diagnóstico da SS é desafiante devido à semelhança com outras dermatoses eritrodérmicas, principalmente em fases iniciais, exigindo uma abordagem diagnóstica criteriosa e multidisciplinar. O controlo do prurido é habitualmente difícil e um dos fatores de maior morbilidade. Este caso clínico ilustra a complexidade do diagnóstico da SS, destacando a importância de considerá-la em doentes sem resposta às terapêuticas convencionais para dermatoses inflamatórias generalizadas.

DO SINTOMA À DESCOBERTA: MAIS DO QUE UMA CEFALEIA

Rita Margarida Sousa Xavier; Silvia Ferreira Oliveira; Alexandra Azevedo; Adriana Basílio; Lara Maia; Carla Peixoto

CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO AVE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Apresenta-se o caso de um jovem de 28 anos, do género masculino e nacionalidade brasileira, avaliado no Serviço de Urgência (SU) onde recorre por cefaleia. Trata-se de um doente sem antecedentes pessoais conhecidos ou medicação habitual.

Avaliado na 3ª vinda ao SU num período de 10 dias por cefaleia. Referia cefaleia intensa, de predomínio frontal com fotofobia e febre intermitente segundo o próprio. Multimedicação nas avaliações médicas prévias, sem qualquer melhoria. Associadamente, quadro de náuseas e vômitos alimentares, sem alterações a nível gastrointestinal ou génito-urinário. Epidemiologicamente, relações sexuais homossexuais desprotegidas. Nega consumo de drogas e viagens recentes para fora da Europa. Vive numa moradia em Famalicão, com saneamento básico, sem contacto com animais e plantas.

Objetivamente, hemodinamicamente estável e apirético, com múltiplos episódios de vômito. Exame neurológico sem alterações de relevo, não se objetivando défices focais. Sinais meníngeos negativos. Permaneceu no SU sem resolução das queixas apesar da terapêutica instituída, tendo apresentado episódio de síncope.

Do estudo realizado, analiticamente com leucocitose de 16000, sem outras alterações nomeadamente elevação da PCR. Realizou TC-CE sem alterações, nomeadamente aspetos sugestivos de lesão ocupante de espaço e VenóTC que exclui trombose de seios venosos. Pedidas serologias víricas, com positividade para VIH em título elevado após teste confirmatório.

Foi contactada a Infeciologia e transferido o doente após aceitação por VIH inaugural para estratificação e início de terapêutica antiretroviral, tendo realizado punção lombar que revelou a presença de *criptococcus* no líquido.

Pretende-se com este caso demonstrar a importância da avaliação detalhada do doente como um todo, atendendo nomeadamente ao contexto epidemiológico e ao passado recente em termos de estado de saúde, o que nos permitiu diagnosticar uma infeção inaugural com apresentação grave e orientação adequada da forma mais precoce possível.

Tuberculose óssea: O raro também acontece!

**Joana Soares Mendonça; Sara Vale Araújo; Tiago Castro Pinto; A. Beatriz Ferreira;
Ana Rita Gomes; Catarina Pinheiro S.; Sofia Costa Jordão; Mónica Almeida**

HOSP PEDRO HISPANO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A tuberculose é uma infeção causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, transmitida por gotículas de doentes com infeção pulmonar ou das vias aéreas. A tuberculose óssea (TO) representa 10-35% dos casos extrapulmonares, sendo a principal forma de apresentação a *Doença de Pott*. Os sintomas incluem dor no local do abscesso, espasmos musculares e rigidez. Febre e perda de peso ocorrem em menos de 40% dos casos.

Os autores apresentam o caso de uma doente do sexo feminino, 39 anos, natural de Angola, em Portugal há menos de duas semanas. Foi ao Serviço de Urgência onde referia perda ponderal de 9 kg em seis meses e dor na coluna dorsal, intensidade de 8 em 10, sem irradiação e agravada pelo toque. Não apresentava parestesias ou diminuição da força muscular. Referia ainda, astenia e hipersudorese noturna, sem febre ou sintomas respiratórios. Ao exame objetivo com adenomegalia na região subclavicular direita.

Analiticamente, anemia microcítica e hipocrômica (hemoglobina 8,2 g/dL, volume corpuscular médio 63,7/fL), velocidade de sedimentação 8 mm/1h e proteína C reativa 20 mg/L. A tomografia computadorizada (TC) torácica revelou coleção na coluna dorsal, com esclerose difusa e áreas sugestivas de abscessos ósseos associados (o maior 98x70x37 mm) e coleção superficial ao esterno, com erosão e provável abscesso (19x23 mm). A ressonância magnética evidenciou alterações de D1 a D7, com coleções de tecidos moles e compressão medular, sem sinais de mielopatia. A biópsia guiada por TC confirmou TO (bacilo álcool-ácido resistente (BAAR) e *polymerase chain reaction* (PCR) positivos no pús da drenagem do abscesso paravertebral). Foi iniciada terapêutica antituberculose com isoniazida, rifampicina, pirazinamida, etambutol e piridoxina, com boa resposta clínica evidenciada pela redução dos abscessos de D3 a D7 na TC de coluna dorso-lombar realizada em novembro 2024.

Este trabalho pretende alertar para a existência da tuberculose óssea, pouco frequente em Portugal, o que pode levar a diagnósticos tardios e por conseguinte, levar a complicações graves como paraplegia e deformidades ósseas.

Quando há gamapatia sem clone – a propósito de um caso

Sara de Sousa¹; Bárbara Pereira¹; Mário Bibi¹; Maria João Rocha¹; Roberto P. Silva²

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças renais

Introdução

A gamapatia monoclonal de significado renal (GMSR) caracteriza-se pela produção de imunoglobulinas monoclonais nefrotóxicas que induzem lesão renal sem preencher critérios de malignidade. Entre estas, a glomerulonefrite proliferativa por depósitos monoclonais de imunoglobulinas (PGNMID) é uma entidade rara que se destaca pela ausência de clones detetáveis em 70% dos casos.

Caso clínico

Homem de 77 anos, enviado a consulta por hematóproteínúria na faixa nefrótica e agravamento de controlo tensional. Função renal preservada. Foram excluídas infecção HIV, HCV ou HBV, LES, nefropatia membranosa antiPLA2R positiva. Sem evidência de infecção ativa ou neoplasia de órgão sólido. Eletroforese de proteínas séricas e cadeias leves livres séricas sem evidência de gamapatia monoclonal, crioglobulinas negativas. A biópsia renal demonstrou glomerulonefrite membranoproliferativa com depósitos de tipo imune (IgG +, IgG3 +, IgM -, IgA -, C3c +++, C1q +++, Lambda +, Kappa+++), fibrose intersticial e atrofia tubular ligeira (20%). Confirmada restrição de cadeias leves em IF após digestão com pronase, confirmados depósitos de IgG3. Não foram identificados picos monoclonais a nível sérico ou urinário, nem alterações na biópsia medular. As crioglobulinas foram negativas.

Iniciou tratamento com ciclofosfamida, bortezomib e dexametasona. Evoluiu com síndrome nefrótica grave e agravamento funcional renal progressivo, mesmo após introdução de Daratumumab, com necessidade de integração em programa regular de hemodiálise.

Discussão

Este caso retrata o desafio diagnóstico associado à PGNMID. Estudos recentes reforçam a importância de terapêuticas dirigidas, mesmo na ausência de identificação de clone. Apesar do tratamento, o doente teve um desfecho desfavorável, retratando o prognóstico variável desta patologia, com 25% dos doentes a desenvolver doença renal terminal aos 30 meses de diagnóstico. São necessários mais estudos para esclarecer o mecanismo fisiopatológico e melhorar o prognóstico destes doentes.

PET na Endocardite Infecciosa: um Aliado na Investigação Diagnóstica

Rita Bertão Ventura; Sara Melo; Odete Duarte; Mariana Coelho; Inês Fonseca; Lèlita Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

A endocardite infecciosa (EI) é uma doença de diagnóstico desafiante e manifestações clínicas variadas. Este caso clínico destaca uma EI de difícil diagnóstico, ressaltando a importância de exames complementares, como a tomografia por emissão de positrões (PET), para maior precisão diagnóstica.

Caso clínico

Mulher de 86 anos, com antecedentes de anemia ferropénica e cardiopatia valvular, submetida em 2018 a substituição da válvula aórtica com prótese biológica. Recorreu ao serviço de urgência por síncope e subsequente prostração. Verificada anemia microcítica hipocrómica, com internamento para investigação etiológica. Ao longo do internamento, apresentou quadro febril de novo com aumento dos parâmetros inflamatórios, tendo-se admitido pielonefrite aguda como foco etiológico, medicada empiricamente com ceftriaxone. Hemoculturas iniciais com isolamento de *staphylococcus lugdunensis* multissensível, admitindo-se contaminação. Por manutenção dos parâmetros inflamatórios elevados, apesar de antibioterapia instituída e repetição seriada das hemoculturas (3x), com persistência de isolamento do mesmo agente, suspeitou-se de endocardite infecciosa. Realização de ecocardiograma transtorácico e transesofágico, sem achados sugestivos de endocardite. Dado o alto nível de suspeita, realizou-se PET 18 F-FDG, que revelou captação aumentada na válvula aórtica, sugestivo de processo inflamatório/infeccioso, compatível com endocardite. Ajustada terapêutica para flucloxacilina, rifampicina e gentamicina, durante 15 dias, com melhoria franca do quadro. Teve alta com indicação para manutenção de rifampicina e flucloxacilina por um total de 4 semanas.

Discussão

Este caso clínico evidencia o desafio diagnóstico da EI e a importância da PET nos casos de alta suspeição clínica com ecocardiograma negativo. O uso deste exame pode aumentar a sensibilidade diagnóstica, permitindo uma abordagem terapêutica mais assertiva, reduzindo complicações e melhorando o prognóstico de doentes com suspeita de EI.

Cardiac amyloidosis presents as high-grade ascites

Ana Cordeiro Gomes; Catarina Alves; Barbara Alves Passos; Mariana Lobo Oliveira; Ana Oliveira Monteiro; Jorge Almeida

CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

Introduction

Cardiac amyloidosis results of the deposition of amyloid fibrils, which the most common type is transthyretin amyloidosis (ATTR amyloidosis). This rare cardiomyopathy has a poorly defined incidence and prevalence and varied clinical manifestations.

Clinical case

An 86-year-old male with previous history of hyperlipidemia, hypertension, heart failure with preserved ejection fraction, and was admitted to the hospital for the diagnostic work-up of ascites. The patient was in his usual state of health until a month ago when he developed dyspnea for moderate efforts and oedema of lower extremities. He had no other signs and/or symptoms. Loop diuretics endogenously were initiated with a slow but positive response due to hypotension and renal dysfunction. Diagnostic paracentesis was performed and showed a SAAG superior to 1.1, no criteria of spontaneous bacterial peritonitis, total protein concentration of 36.3 g/L and low concentration of triglycerides and ADA. Transthoracic echocardiography revealed preserved left ventricular systolic function and slightly altered right ventricular function, which would not explain the clinical symptoms and signs. Thus, cardiac scintigraphy was performed and was highly suspicious of ATTR cardiac amyloidosis Perugini:3.

Discussion

The approach of diagnosis depends upon the clinical presentation and the results of initial testing. The literature reports that cardiac ATTR amyloidosis is usually diagnosed in elder adults with heart failure with preserved ejection fraction and severe aortic stenosis. However, the clinical manifestations depend on the pattern of organ involvement. The variable clinical phenotype and generally nonspecific clinical features that difficult and delay the diagnosis, which is highlighted in this case.

Nem sempre o diagnóstico é pneumonia: pneumonite de hipersensibilidade induzida por ifosfamida

Daniela Neves Russell; Pedro da Torre Pinto; José Fragoso Duro; Filipa Sousa Gonçalves; Patrício Aguiar

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, EPE / HOSPITAL DE SANTA MARIA

Tema: Doenças respiratórias

Pneumonite de hipersensibilidade aguda é uma forma de hipersensibilidade tipo 3 que se manifesta como doença intersticial do pulmão. Ocorre tipicamente em doentes expostos a agentes como pássaros, fungos, bactérias ou químicos. Esta patologia apresenta-se de forma muito variável, de quadros súbitos de dispneia a quadros consumptivos arrastados.

Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, 65 anos, com antecedente médico relevante de sarcoma da bainha do nervo periférico do pulmão, estadio IV, submetido a lobectomia inferior esquerda em 2021. Em agosto 2024, para estudo de massa da região dorsal, realizou RMN que demonstrou lesão sólida infiltrativa ao nível dos músculos trapézio e rombóide maior, sugestivo de recidiva. Inicia ciclo de quimioterapia paliativa com ifosfamida e mesna, e ao 2º dia do ciclo apresenta quadro súbito de cansaço e dispneia para pequenos esforços, com redução do murmúrio vesicular, broncospasmo bilateral e dessaturação periférica. Dos exames realizados, destaca-se insuficiência respiratória parcial e infiltração pulmonar alveolar alveolar /intersticial plurifocal, em TC torácica. Foi internado com o diagnóstico presuntivo inicial de pneumonia, tendo iniciado antibioterapia de forma empírica com amoxicilina-ác. clavulânico e azitromicina. Após anamnese, demonstrou-se relação temporal entre o início de sintomas e administração do fármaco, assumiu-se como mais provável o diagnóstico de hipersensibilidade a ifosfamida, tendo iniciado corticoterapia, com resposta clínica favorável. Foi retomada QT paliativa com Doxetaxel e Gemcitabina, sem recorrência dos sintomas.

A ifosfamida está descrita como potencial causadora de toxicidade pulmonar, não sendo claro o seu papel no desenvolvimento de pneumonite de hipersensibilidade. O caso clínico reforça a necessidade de uma anamnese cuidada e do reconhecimento precoce desta entidade e de fármacos como potenciais desencadeadores desta patologia, permitindo tratamento precoce.

Artrite reativa por campylobacter

Nuno Cerejeira; Luísa Sousa; Bárbara Barreto Laczkovits; Eduardo Eiras; Alexandre Vasconcelos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A Artrite Reativa (AR) é uma doença relativamente rara que surge nas semanas seguintes a uma infeção, normalmente geniturinária ou gastrointestinal, que se manifesta por oligoartrite assimétrica, aditiva e inflamatória.

Homem, 29 anos, com diagnóstico recente de Espondilite Anquilosante (EA) e HLA-B27 positivo, recorre a avaliação médica por febre, odinofagia, mialgias e diarreia com 1 semana, é assumida faringite bacteriana e medicado com azitromicina. Recorre ao Serviço de Urgência 1 semana depois por manutenção de mialgias intensas e artralguas com cerca de 24 horas de evolução, aditivas, assimétricas e persistentes, pior nos membros inferiores (pequenas articulações dos pés, tornozelos, joelho direito, punhos e cotovelos), associadas a febre. Da restante anamnese, a destacar: filha com infeção das vias aéreas superiores recente (juntamente com várias colegas de turma), viagem a Cabo Verde no ano anterior; ausência de contactos sexuais de risco ou história de infeções sexualmente transmissíveis e nada a referir da revisão de aparelhos e sistemas. Objetivamente, várias articulações com características inflamatórias, a destacar joelho direito edemaciado e com aparente derrame articular e, analiticamente, com franca elevação de parâmetros inflamatórios. Internado com suspeita de artrite reativa, iniciou corticoterapia e ceftriaxone+doxiciclina (cobertura de agentes despoletadores de AR e risco de artrite séptica), tendo-se a destacar, do estudo efetuado, pesquisa anticorpo IgG para *Campylobacter* positivo em doente com quadro compatível com gastroenterite aguda recente. O doente teve alta ao 9º dia, sob corticoide oral, com rápida melhoria sintomática. Atualmente, é seguido na consulta de doenças autoimunes, iniciou Adalimumab com resolução completa das queixas e excelente controlo sintomático da EA.

Normalmente autolimitada, a AR poderá ter um pior prognóstico ou algum teor crónico, principalmente associadas ao HLA-B27 positivo, como é o caso deste doente.

Macroamilasemia: achado laboratorial ou pista para o diagnóstico?

Gonçalo Carneiro; Ana Gabriela Paupério; Hugo Sousa; Catarina Sousa Neves; Ana Mafalda Silva

CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE DOURO E VOUGA, EPE / HOSPITAL DE S. SEBASTIÃO

Tema: Outro

A macroamilasemia é uma entidade rara, estimando-se que represente 6% dos casos de hiperamilasemia (elevação da amilase sérica). Resulta da ligação da amilase a macromoléculas (imunoglobulinas/polissacarídeos), formando complexos sem atividade biológica e demasiado grandes para serem filtrados pelo rim. É assintomática e benigna, podendo em raras ocasiões surgir na dependência de doenças hematológicas, doença inflamatória intestinal, doença celíaca ou fármacos.

O diagnóstico confirma-se com técnicas laboratoriais específicas, devendo primeiro deve excluir-se causas mais frequentes de hiperamilasemia.

Relatamos o caso de uma mulher de 67 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* tipo 2, com clínica de dor, distensão abdominal e flatulência com anos de evolução. Por indicação da Médica de Família realizou estudo complementar, destacando-se amilase sérica de 380U/L, bem como ecografia e ressonância magnética abdominais sem alterações de relevo.

Foi encaminhada a consulta externa de Medicina Interna, onde relatou melhoria franca após ter implementado dieta sem glúten. O exame objetivo não apresentou alterações de relevo. Do estudo complementar salienta-se hiperamilasemia (com elevação dos isótopos pancreático e salivar), ecografia das glândulas salivares sem alterações, anticorpo anti transglutaminase IgA negativo bem como identificação dos haplótipos DQ7.5 e DQ2.2 (perfil genético de alto risco para doença celíaca). Solicitou-se *clearance* renal de amilase (0.31%) e precipitação de amilase com polietilenoglicol (taxa de recuperação 7%), confirmando-se assim macroamilasemia.

Tendo em conta o estudo, questionou-se a concomitância de doença celíaca. Contudo, a doente referiu que não iria abdicar da dieta atual mesmo na ausência de doença celíaca. Pela melhoria clínica e não havendo utilidade em realizar outros exames (pois não mudariam a terapêutica), a doente teve alta.

Este caso mostra que alterações laboratoriais podem representar pistas para a identificação de doenças cuja clínica é inespecífica ou frustrante. A procura de outras doenças associadas à macroamilasemia não deve ser obstinada, mas antes realizada de acordo com a anamnese/achados clínicos e respeitando as preferências dos doentes.

Pericardite idiopática recorrente num desportista - alternativa terapêutica

Fábio Viveiros; Carole Cruz; Tiago Ferreira; Ana Tornada

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças cardiovasculares

A pericardite aguda é a doença do pericárdio mais comum. O episódio inaugural pode ser seguido de pericardite recorrente em 25-30% dos doentes. Em casos refratários às primeiras linhas terapêuticas, outros fármacos imunomoduladores, como por exemplo os inibidores da interleucina 1, podem originar resultados promissores na pericardite recorrente dependente de corticoides.

Homem, 27 anos, previamente saudável, *personal trainer*, com episódios de pericardite recorrentes durante 6 meses. O estudo etiológico excluiu causas infecciosas, doença autoimune e doenças granulomatosas. A ressonância magnética cardíaca não mostrou alterações. Na ausência de resposta à terapêutica com colchicina, iniciou corticoterapia em alta dose, com remissão da sintomatologia, embora com recidivas sempre que reduzia prednisolona a 20 mg/dia. Admitiu-se o diagnóstico de pericardite recorrente idiopática dependente de corticóides, tendo iniciado segunda linha terapêutica com imunossuppressores poupadores de corticóide, sem resposta favorável e com evidência de efeitos secundários graves e potencialmente irreversíveis da corticoterapia (coriorretinopatia serosa central). Instituiu-se terapêutica com antagonista dos receptores da interleucina-1 recombinante (Anakinra - indicação IIb nas *guidelines ESC 2015* e evidência classe C como 4ª linha terapêutica do *American College of Cardiology*) com resposta favorável, possibilitando redução faseada e célere da corticoterapia e metotrexato. Atualmente assintomático, o doente retomou a atividade profissional, incluindo esforços de alta intensidade, sem recorrência de pericardite, sob desmame de anakinra.

O presente caso pretende demonstrar e alertar para as alternativas terapêuticas nos casos de pericardite idiopática recorrente. Os inibidores da interleucina-1 têm demonstrado elevada eficácia nos casos corticodependentes e colchicina-resistentes, diminuindo inclusive as recorrências, podendo constituir um regime terapêutico a utilizar mais precocemente.

Sarcoidose com envolvimento hepático e hipertensão portal: um caso clínico

Mariana S. Lima; Cristiana Lopes; Marta F. Costa

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A sarcoidose é uma doença sistémica caracterizada pela infiltração de órgãos por granulomas não caseosos, mais comumente, pulmões, gânglios linfáticos, pele, olho e fígado. O envolvimento hepatoesplénico ocorre em 50-70% dos casos. Pela heterogeneidade da atividade da doença, nem todos os doentes com sarcoidose requerem tratamento sistémico, sendo este reservado para doentes sintomáticos.

Caso clínico

Homem, 43 anos, com perda ponderal de 18kg em 6 meses, tosse irritativa esporádica e dispneia de esforço, que apresentava ao exame objetivo, adenopatias inguinais bilaterais. Após 3 meses do início do quadro, encontrava-se assintomático, sem introdução de terapêutica. Realizou-se tomografia computadorizada (TC) torácica que evidenciou adenomegalias mediastínicas e abdominais e biópsia de adenopatia inguinal que revelou envolvimento por processo inflamatório granulomatoso com aspeto de tipo sarcoidótico. Por suspeita de sarcoidose, realizado restante estudo: provas de função respiratória normais, lavado broncoalveolar com 46% de linfócitos com rácio CD4/CD8 2.4, enzima conversora de angiotensina normal. Realizou endoscopia digestiva alta que evidenciou varizes esofágicas pequenas e na grande curvatura do cárdia. Pelos sinais indiretos de hipertensão portal (HTP), realizou TC abdominal com evidência de hepatoesplenomegalia e aumento do calibre da veia porta; biópsia hepática com pequenos granulomas não necrotizantes dispersos e esteatose hepática, sem critérios de esteatohepatite, com fibrose pericelular focal; e elastografia hepática com evidência de fibrose avançada e esteatose. Dado os sinais de HTP, e a gravidade que esta representa, inicia tratamento com prednisolona 20mg dia.

Discussão

Apresenta-se um caso raro de HTP cirrótica secundária a sarcoidose hepática num doente assintomático, sem alterações significativas do perfil hepático. O atingimento hepático pela sarcoidose é comum, contudo, só 3% dos casos desenvolvem HTP. A abordagem terapêutica específica nestes casos inclui a corticoterapia sistémica como primeira linha, contudo não está bem definida a posologia ou a duração da terapêutica. Imunomoduladores e biológicos, assim como eventual transplante hepático, deverão ser equacionados, consoante a gravidade clínica.

Nem tudo é o que parece – desafio diagnóstico em jovem

Mariana S. Lima; Ricardo Miguel Costa; Ana Padrão Ferreira; Joana Sotto Mayor; Cindy Tribuna; Marta F. Costa

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

O lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença crónica imunomediada cuja heterogeneidade de apresentação clínica impõe um desafio na diferenciação com outras doenças autoimunes, infecciosas ou hematológicas.

Caso clínico

Mulher de 21 anos, com anorexia, perda ponderal, sudorese noturna com 1 mês de evolução e febre com 1 semana de evolução. Ao exame objetivo, com adenopatias das cadeias cervicais anteriores palpáveis, dolorosas e adenopatia axilar direita única. Analiticamente, anemia normocítica normocrómica, sem outras alterações no hemograma, VS 96 mm/h, LDH 357 U/L. Tomografia computadorizada com adenopatias abdominais e esplenomegalia. Atendendo à suspeita de doença linfoproliferativa (DLP), completado estudo: verificado pico monoclonal do tipo IgG/Kappa, com quociente K/L aumentado nas cadeias leves urinárias, elevação do marcador tumoral beta 2 microglobulina. Realizada PET-CT com evidência de formações ganglionares hipermetabólicas supra e infradiafragmáticas e esplenomegalia com captação difusamente aumentada. Imunofenotipagem de sangue periférico sem alterações. Estudo imunológico com positividade para anticorpos antinucleares, 1:2560, tipo homogéneo difuso, anti-dsDNA e anti-RNP positivos, com consumo de C3. Sem critérios de síndrome antifosfolipídico. Dada a dúvida diagnóstica, LES ou DLP, realizada biópsia excisional de adenopatia axilar que revela hiperplasia folicular linfoide. Após anamnese completa, doente descreve história de artrite poliarticular simétrica com cerca de 3 anos de evolução, preenchendo critérios de LES em pelo menos 19 pontos, segundo os critérios EULAR/ACR, iniciando tratamento diário com hidroxicloroquina e prednisolona.

Discussão

Ilustra-se aqui um caso de LES com manifestações multissistémicas e atingimento ganglionar com elevado hipermetabolismo em PET, realçando a premência de exclusão de malignidade. LES e DLP, nomeadamente linfoma Hodgkin clássico, têm apresentações clínicas semelhantes, como seja o surgimento de sintomas constitucionais, linfadenopatias (sobretudo cervicais) e esplenomegalia em jovens entre os 15 e 35 anos. A completa diferenciação destas duas entidades apresentou um desafio, evidenciando a importância da anamnese clínica e correta valorização de exames complementares de diagnóstico.

Hipersensibilidade e contraste: uma apresentação atípica

Carolina Gomes; Pedro Brito Guerreiro; João Barbosa Barroso; Matilde Couto; Liliana Cunha; Bruno Guilherme Ferreira

HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA

Tema: Doenças respiratórias

Introdução

A pneumonia de hipersensibilidade caracteriza-se por uma inflamação imunológica não mediada por Imunoglobulina E, podendo ser classificada como aguda, subaguda ou crónica; dependendo da frequência, duração e intensidade da exposição. Manifesta-se sobretudo por dificuldade respiratória, febre e cansaço. O tratamento consiste, conforme o grau de gravidade e duração, na evicção do agente causador, corticoterapia ou imunossupressão crónica e terapêutica de suporte.

Caso clínico

Os autores reportam o caso clínico de um doente de 65 anos, com história pessoal conhecida de carcinoma do pavimento celular supraglótico submetido a cirurgia e radioterapia adjuvante. Admitido no serviço de urgência por quadro de mialgias, febre, cansaço fácil e tosse com expectoração hemoptoica 5 dias após realização de tomografia computadorizada (TC) com contraste (previamente já teria feito TC com contraste sem intercorrências). Já observado no dia anterior em ambulatório, tendo sido medicado com Amoxicilina com Ácido Clavulânico e Azitromicina por suspeita de infeção respiratória. À admissão apresentava-se subfebril, com insuficiência respiratória parcial em ar ambiente, descorado com escleróticas subictéricas. À auscultação cardiopulmonar destacava-se um murmúrio vesicular globalmente diminuído com crepitações dispersas bilateralmente. Analiticamente salientava-se: plaquetas 26000; creatinina 5.48 mg/dl; bilirrubina total 6.95mg/dl, bilirrubina direta 5.91mg/dl; proteína C reativa 30.44 mg/dl. TC tórax com extenso padrão em vidro despolido bilateralmente, com áreas de confluência sobretudo no lobo médio, língua e nos lobos inferiores, sugerindo eventual pneumonia de hipersensibilidade severa. Admitindo-se quadro secundário à exposição ao contraste, iniciou metilprednisolona 1mg/kg e foi admitido em cuidados intermédios. Verificou-se evolução favorável, sem necessidade de oxigenoterapia suplementar e com resolução da trombocitopenia, lesão renal aguda e hiperbilirrubinemia.

Discussão

Embora os efeitos adversos do contraste utilizado em TC tenham diminuído ao longo do tempo, pretende-se com esta caso alertar para a importância de ainda considerar esta hipótese de diagnóstico dado a sua rápida progressão e necessidade de tratamento atempado para a irreversibilidade do quadro.

Olho e pulmão: existe uma relação?

Carolina Gomes; Cláudia Abreu de Jesus; João Barbosa Barroso; Daniela Barbosa Mateus; Ana Alves; Bruno Guilherme Ferreira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ESTUÁRIO DO TEJO

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

A neoplasia do pulmão continua a ser uma das principais causas de morte por doença oncológica em Portugal; sendo o tabagismo responsável por cerca de 85% dos casos.

Histologicamente, são divididas em dois tipos: carcinoma de pequenas células e de não pequenas células, sendo que este último representa cerca de 80% das neoplasias pulmonares, subdividido em 3 subgrupos: adenocarcinoma (tumor mais comum em não fumadores e mulheres), carcinoma epidermóide e carcinoma de grandes células.

As metástases mais frequentes estão presentes no pulmão, fígado, sistema linfático, cérebro e osso. A metastização ocular é rara, cerca de 1-3%, mas pode estar presente em neoplasias mais avançadas, especialmente nos adenocarcinomas; afetando habitualmente a coróide com possível alteração da acuidade visual.

Caso clínico

Os autores reportam o caso de um doente de 63 anos, com história pessoal de diabetes mellitus, hipertensão arterial e dislipidemia; medicado em ambulatório com rosuvastatina 20 mg, gliclazida 30 mg, amlodipina/telmisartan 5mg/80 mg, indapamida 1.5mg e dapaglifozina/metformina 1000mg/5 mg. Admitido no serviço de urgência por diminuição da acuidade visual no olho esquerdo. Observado por oftalmologia que documentou lesão elevada na retina temporal, pelo que solicitou tomografia computadorizada da órbita e crânio que não revelou alterações de relevo. Posteriormente realizou ecografia ocular que identificou lesão procidente para a cavidade vítrea colocando a hipótese de melanoma ou metástases de tumor primário desconhecido. Para estudo etiológico realizou tomografia computadorizada toracoabdominopélvica, que evidenciou lesão no pulmão direito. Foi realizada biópsia que identificou carcinoma cujo perfil imunohistoquímico não permitiu excluir nem confirmar origem pulmonar, mas com apresentação clínica e imagiológica sugestiva; pelo que foi encaminhado para consulta pneumologia oncológica onde iniciou terapêutica dirigida.

Discussão

Este caso retrata uma apresentação atípica de neoplasia do pulmão, pelo que se pretende enfatizar a importância de estar alerta; reforçando a necessidade de manter um elevado nível de suspeição.

AVC isquêmico em território arterial da Percheron – um desafio diagnóstico

Monique Alves; Cátia Cunha Ribeiro; Marta Barrigas; Catarina Coelho; Joana Pona Ferreira; Mafalda Perdicoulis; Vanessa Pires

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

Cerca de vinte por cento dos eventos isquémicos cerebrais envolvem estruturas da circulação posterior. O acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico na circulação posterior, mais especificamente na artéria de Percheron, é uma condição que pode provocar défices neurológicos graves.

Caso clínico

Sexo masculino, 82 anos, autónomo nas AVDs e com múltiplos antecedentes pessoais incluindo história de acidente vascular isquêmico transitório. Admitido na Via Verde de AVC por quadro súbito de alteração do estado de consciência com cerca de 3 horas de evolução. Ao exame neurológico na sala de emergência apresentava depressão da vigília (Escala de coma de Glasgow 7), pupilas mióticas e desconjugação do olhar horizontal, sem emissão de discurso, hemiparésia direita com sinal de Babinski ipsilateral. Análises e ECG sem alterações relevantes. Angio TC CE e troncos supra-aórticos excluiu hemorragia, estenoses hemodinamicamente significativas ou oclusão de grande vaso. Ponderou-se AVC isquêmico em território vertebro-basilar e, dado o doente se encontrar dentro da janela terapêutica, realizou trombólise sistémica com alteplase sem intercorrências. Foi sedado, entubado orotraquealmente e transferido para o Serviço de Medicina Intensiva. Repetiu TC-CE às 24 horas que revelou hipodensidades talâmicas internas bilaterais a sugerirem enfarte isquêmico recente por provável oclusão da artéria de Percheron.

Conclusão

O AVC isquêmico no território da artéria de Percheron é uma condição rara, mas de significativa relevância clínica devido à sua apresentação variável e potencial de comprometimento funcional. Numa fase inicial, os exames de neuroimagem são frequentemente negativos. O presente caso ilustra a importância de considerar variantes anatômicas raras no diagnóstico e tratamento de AVCs, enfatizando a importância da educação contínua e da atualização médica para reconhecer essas condições menos comuns na prática clínica.

Neuromielite óptica – o desafio diagnóstico

Monique Alves; António Pedro Sousa; Cátia Cunha Ribeiro; Mariana Macedo; Joana Pona-Ferreira; Mafalda Perdicoulis; Michel Mendes; Ricardo Almendra; Vanessa Pires

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

A neuromielite ótica (NMO), é uma doença autoimune inflamatória crónica do sistema nervoso central, rara e devastadora. A incidência desta condição varia de 0.5 a 4 até 10/100 000 indivíduos e é mais frequente entre os 35-45 anos e em mulheres. Os sintomas são vários.

Caso Clínico

Mulher, 76 anos, parcialmente autónoma, com antecedentes pessoais de oclusão da artéria central da retina à direita (fev/2024). Recorre ao Serviço de Urgência em out/2024 por défice motor direito com cerca de 24h de evolução. Ao exame neurológico, amaurose bilateral (diminuição da acuidade visual à esquerda desde maio/2024) e hemihipoestesia e hemiparesia direita. TC-CE sem evidência de lesão isquémica ou hemorrágica. Admitida com o diagnóstico presuntivo de síndrome lacunar sensitivo-motor direito sem tradução imagiológica. Durante o internamento verificou-se instalação progressiva de parestesias e diminuição da força muscular nos membros, coexistindo disfunção de esfíncteres. Ao exame neurológico com tetraparesia hiperreflexa de predomínio direito, sinal de babinski bilateral, hipoestesia termo-álgica com sinal sensitivo desde C5, ataxia sensorial apendicular, axial e da marcha, e sinal de Lhermitte. RM neuroeixo a confirmar mielopatia longitudinalmente extensa (lesão hiperintensa em T2 entre a transição occipitocervical (C1) e C6, bem como nos planos D6-D7) com edema medular associado, de provável etiologia inflamatória/desmielinizante. Estudo do LCR com hiperproteínoorraquia. Decidido iniciar curso de metilprednisolona 1g ev por dia durante 5 dias e, por ausência de resposta, 7 sessões de plasmaferese. Anticorpos anti-MOG negativos e anti-AQP4 francamente positivos (soro e liquor). Estabeleceu-se o diagnóstico de neuromielite óptica (NMO-AQP4).

Conclusão

O presente caso clínico, evidencia uma apresentação atípica num doente idoso inicialmente suspeito de evento isquémico cerebral, o que sublinha, os desafios diagnósticos associados à NMO.

Carcinoma Tímico Metastático em Adulto Jovem: Um Desafio Diagnóstico e Terapêutico Multidisciplinar

Maria Almeida Pinto; Carolina Carvalho da Silva; Carla Queirós da Silva; Inês Monteiro Araújo; Carla Maravilha; Sofia Esperança; Maria Margarida Robalo; Ana Paula Pacheco

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

O carcinoma tímico representa uma neoplasia rara e agressiva do timo com opções terapêuticas limitadas e prognóstico reservado. Caracteriza-se por ter uma alta capacidade invasiva local e um elevado potencial metastático. O diagnóstico baseia-se em exames imagiológicos e confirmação histopatológica.

Caso clínico

Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino de 22 anos diagnosticado com carcinoma tímico metastático. O doente apresentou-se inicialmente no serviço de urgência por um quadro de tosse seca, dor torácica e febre com cerca de 4 semanas de evolução. À admissão, realizou TC-TAP que revelou uma massa heterogênea e volumosa no mediastino, com adenopatias e nódulos pulmonares concomitantes. Nesse contexto, ficou internado para complementar estudo e investigação diagnóstica. Do estudo etiológico, a destacar PET-TC com atividade metabólica elevada nos pulmões, mediastino e vértebra; e biópsia que confirmou carcinoma tímico com diferenciação escamosa, estabelecendo assim o diagnóstico de doença em estágio IVB. Nesse contexto, o doente foi orientado para a consulta de Oncologia Médica e nessa consulta optaram por iniciar tratamento com 6 ciclos de quimioterapia paliativa de primeira. Apesar de, inicialmente, ter havido resposta parcial da massa tímica, das adenopatias mediastínicas e dos nódulos pulmonares, ao fim dos 6 ciclos de quimioterapia houve evidência de progressão da doença, pelo o que foi iniciado tratamento de segunda linha. A imagiologia subsequente demonstrou uma resposta mista, com redução das dimensões e atividade metabólica do tumor primário, mas possíveis novas lesões ósseas.

Discussão

Este caso sublinha a importância de uma abordagem multidisciplinar na gestão do carcinoma tímico metastático, sobretudo na definição da estratégia diagnóstica e terapêutica de uma neoplasia rara, onde a experiência individual de cada especialidade pode ser limitada.

Diagnóstico de Linfoma de Hodgkin: entre a suspeita e a confirmação

Maria Almeida Pinto; Carolina Carvalho da Silva; Carla Queirós da Silva; Inês Monteiro Araújo; Carla Maravilha; Sofia Esperança; Maria Margarida Robalo; Ana Paula Pacheco

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

O Linfoma de Hodgkin é uma neoplasia maligna do sistema linfático caracterizada pela presença de células de Reed-Sternberg e tem, tipicamente, dois picos de incidência. Apresenta uma alta taxa de cura com tratamento adequado e mais de 80% dos pacientes com diagnóstico precoce consegue alcançar remissão completa após quimioterapia e/ou radioterapia.

Caso clínico

Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino de 43 anos, natural do Brasil, com antecedentes pessoais de infeções respiratórias recorrentes e pneumonia grave por COVID19 com necessidade de ventilação mecânica. Foi encaminhado para consulta de Medicina Interna por quadro de febre, tosse seca, astenia, anorexia, perda ponderal, prurido e adenomegalias cervicais e supraclaviculares com três meses de evolução. Solicitado estudo analítico, TC de tórax e pescoço e PET-TC. Imagiologicamente, identificaram-se conglomerados adenopáticos supraclaviculares bilateralmente e uma lesão expansiva ao nível do mediastino anterior compatível com provável linfoma. No entanto, o resultado da biópsia do conglomerado não permitiu estabelecer diagnóstico definitivo porque apesar de haver aspetos compatíveis com neoplasia linfoproliferativa, expressão marcadores B estava preservada e havia ausência de células Reed-Sternberg. Para melhor esclarecimento, optou-se por realizar biópsia excisional de um gânglio cervical que confirmou a suspeita diagnóstica de Linfoma de Hodgkin em estágio IIB.

Discussão

Este caso destaca os desafios no diagnóstico de Linfoma de Hodgkin, particularmente quando as biópsias iniciais são inconclusivas. Também ilustra a importância da gestão multidisciplinar e enfatiza a necessidade de uma consideração cuidadosa da história clínica.

Mutação JAK 2: Uma ameaça vascular silenciosa

Inês Monteiro Araújo; Maria Almeida Pinto; Carla Queirós da Silva; Carolina Carvalho da Silva; Ana Paulo Pacheco; Margarida Robalo; Carla Maravilha; Sofia Esperança

HOSPITAL DE BRAGA

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

A policitemia vera, tendo por base a mutação no gene da tirosina cinase Janus cinase 2 (JAK2), é uma neoplasia mieloproliferativa com risco trombótico venoso e arterial conhecido. O acidente vascular cerebral (AVC), associa-se a morbimortalidade e incapacidade significativas, sendo fundamental a prevenção de novos eventos.

Caso clínico

Mulher, 76 anos, antecedentes de hipertensão controlada. Défice de força nos membros direitos e alteração da fala com cerca de 20h de evolução. Disartria ligeira, parésia facial central direita, hemiparésia (força grau 4) e hemihipostesia direitas, perfazendo 6 pontos na National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS). Angiotomografia computadorizada cerebral sem hemorragia/lesão isquémica identificáveis e sem oclusão de grande vaso, não sendo submetida a terapêutica de reperfusão. Estudo analítico: hemoglobina 18,8g/dL, hematócrito 57.3%, sem leucocitose ou trombocitose, hemoglobina A1C 5,8%, colesterol LDL 152mg/dL. Eletrocardiograma em ritmo sinusal. Ecodoppler dos vasos do pescoço: estenose ateromatosa inferior a 30% na bifurcação da carótida interna esquerda. Ecocardiograma: câmaras cardíacas de dimensões normais, função preservada, sem acinesias ou trombos. Ressonância magnética: pequenas lesões isquémicas hemiprotuberanciais antero-inferiores à esquerda. Eritropoietina <0.1ml/ml e pesquisa de mutação V617F do gene JAK2 positiva. Citorredução com hidroxiureia, além da terapêutica com aspirina e estatina. Evolução favorável com recuperação dos défices.

Discussão

A mutação no gene JAK2, particularmente a V617F, associa-se a risco trombótico não só pela hipercoagulabilidade inerente às neoplasias mieloproliferativas, mas também por inflamação crónica e disfunção endotelial. Este caso realça a importância da abordagem individualizada da prevenção secundária após AVC, da suspeição da presença desta mutação e do seu reconhecimento como um fator de risco cardiovascular, sobretudo em doentes com outras comorbilidades que contribuam para o dano vascular.

Quando a resposta não está no pâncreas: Aspergilose e pancreatites de repetição

Inês Monteiro Araújo; Carla Queirós da Silva; Maria Almeida Pinto; Carolina Carvalho da Silva; Ana Paula Pacheco; Margarida Robalo; Carla Maravilha; Sofia Esperança

HOSPITAL DE BRAGA

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Introdução

A associação entre aspergilose e a ocorrência de pancreatite aguda é rara e pouco descrita na literatura, podendo ter por base mecanismos de inflamação crónica, que favoreçam uma resposta sistémica exacerbada, levando ao desenvolvimento de pancreatites em indivíduos predispostos.

Caso clínico

Homem, 31 anos, antecedentes de asma, bronquiectasias e aspergilose broncopulmonar alérgica. Medicado com montelucaste 10mg e broncodilatação. Consulta para estudo após oito episódios de pancreatite aguda. Sem consumos alcoólicos, hipertrigliceridemia ou hipercalcemia. Ecografia abdominal: vesícula biliar com paredes finas e regulares, alitiásica, discreta proeminência da via biliar principal (VBP), sem causa obstrutiva, pâncreas sem alterações. Colangiopancreatografia por ressonância magnética: proeminência da VBP, provavelmente relacionada com alterações fibróticas pós-pancreatites. Ultrassonografia endoscópica: VBP e Wirsung regulares, não dilatados. Serologias de vírus da imunodeficiência humana, citomegalovírus e hepatites negativas. Pesquisa de mutação no gene Cystic Fibrosis Transmembrane conductance Regulator negativa. IgG4 sérica normal, biópsia pancreática com fibrose focal, não sugestiva de doença autoimune e estudo imunohistoquímico IgG4 negativo. Painel genético de pancreatites hereditárias negativo. Manutenção de isolamento de *Aspergillus* no aspirado brônquico. Terapêutica com voriconazol (doze meses). Aspirado brônquico posterior negativo. Sem novos episódios de pancreatite aguda desde então.

Discussão

O caso descrito realça a dificuldade na gestão de pancreatites de repetição alitiásicas, destacando a importância de um estudo exaustivo com exclusão progressiva das etiologias mais raras (genética, autoimune, tóxica e infecciosa), tendo em vista a prevenção da recorrência e do desenvolvimento de pancreatite crónica. Este caso pretende alertar para a infeção por *Aspergillus* como possível fator predisponente para o desenvolvimento de pancreatites, mesmo em indivíduos imunocompetentes.

Hepatite E aguda complicada com púrpura trombocitopénica idiopática grave: um relato de caso

Adriano Neto; Plácido Gomes; Artur Antunes; Margarida Cerqueira; Maria Isabel Cotrim

ULS REGIÃO LEIRIA

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

A hepatite E (HEV) é atualmente uma causa cada vez mais comum de hepatite viral aguda em países em desenvolvimento e também está a crescer muito nos países desenvolvidos. A infeção não se restringe apenas ao fígado, mas também se encontra associada a diversas manifestações extra-hepáticas o que acarreta desafios no diagnóstico e tratamento.

Apresentamos o caso de um homem de 61 anos, hipertenso, encaminhado do centro de saúde por quadro de diarreia aquosa não sanguinolenta (4 dejeções diárias) associada a dor abdominal, icterícia e colúria com 5 dias de evolução. Apresentava hábitos etílicos, cerca de 40g/dia. Reportava a realização da limpeza da rede de esgotos domiciliária dias antes do início do quadro. À chegada à urgência, apresentava analiticamente trombocitopenia grave ($5 \times 10^3/\mu\text{L}$); INR inferior a 1,5; hiperbilirrubinemia (7,8 mg/L); ALT 4984 U/L; AST 3556 U/L; fosfatase alcalina 407 U/L. O ecodoppler abdominal não evidenciou alterações, nem presença de esteatose hepática. Não apresentava sinais de encefalopatia. O estudo etiológico revelou serologias positivas para EBV, HSV e HEV. Dada a suspeita de possível reação cruzada, foi solicitado o doseamento da carga viral de EBV e HSV 1, 2, 6 e 7, que se apresentaram negativos, enquanto a carga viral de HEV foi positiva (243.500 cP/mL). Perante os achados, foi assumido provável quadro de Hepatite E aguda complicada com púrpura trombocitopénica idiopática grave. Após discussão com hematologia, optou-se por iniciar prednisolona 1mg/Kg/dia em associação com tratamento de suporte, tendo o doente evoluído favoravelmente com normalização completa do perfil analítico após um mês.

A trombocitopenia grave associada exclusivamente à hepatite E aguda é um evento raro, com menos de 10 casos descritos na literatura. A fisiopatologia parece encontrar-se correlacionada com mecanismos imunológicos e associa-se a um pior prognóstico. Apresenta-se este caso pela sua raridade e contexto particular de presença de múltiplas reações cruzadas serológicas. Discute-se a interpretação dos aspetos clínicos, analíticos, tal como a abordagem diagnóstica e terapêutica para familiarizar a sociedade médica com esse novo problema de saúde pública.

Espondilodiscite: duas apresentações, um desafio

Carla Queirós da Silva; Maria Almeida Pinto; Carolina Carvalho da Silva; Inês Monteiro Araújo; Maria Margarida Robalo; Sofia Esperança; Ana Paula Pacheco; Carla Maravilha

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A espondilodiscite é uma infeção de um ou mais corpos vertebrais e discos intervertebrais adjacentes, constituindo uma patologia rara, contudo com uma incidência crescente. Relatam-se dois casos distintos que retratam a complexidade diagnóstica desta patologia.

Casos Clínicos

Mulher de 67 anos, com quadro de anorexia, astenia e perda ponderal significativa, associado a lombalgia com 3 meses de evolução, que culminou com incapacidade para a marcha. Do estudo, a destacar: RM da coluna - lesões osteolíticas de D9 e L5; anemia e elevação da B2-microglobulina; PET-CT - lesões hipermetabólicas em D9, L4, L5 e S1, compatíveis com lesões neoplásicas malignas de alto grau metabólico, e presença de adenopatias hipermetabólicas mediastino-hilares. Realizada biópsia óssea das lesões – amostra paucicelular com esboço granulomatoso. Realizado rastreio microbiológico – negativo e pesquisa de micobactérias no material de biópsia – exame direto negativo, exame cultural positivo para *M.Tuberculosis*, altura em que a doente inicia tratamento antibacilar, com excelente evolução clínica.

Homem de 67 anos, com antecedentes de alcoolismo e internamento recente por sépsis com ponto de partida em gastroenterite, é admitido com dorsalgia, perda ponderal desde há um mês e parésia dos membros inferiores com 3 dias de evolução. Do estudo efetuado: TC da coluna - lesões osteolíticas em D6-D7; RM da coluna - lesões sugestivas de espondilodiscite, presença de coleções abcedadas e mielopatia compressiva; biópsia óssea com histologia concordante. Apesar de no rastreio microbiológico não se ter isolado agente, foi iniciada antibioterapia de largo espectro, com resposta clínica, analítica e imagiológica favoráveis.

Conclusão

Estes casos reiteram o desafio encontrado perante o diagnóstico de espondilodiscite e a possibilidade de simular um quadro de neoplasia. Assim, reforça-se a necessidade de efetuar um diagnóstico atempado, com vista a oferecer o tratamento adequado e minimizar o impacto funcional.

Da Bacteriemia à Cirurgia Urgente

Filipa Cunha; Rita Gonçalves Pinto; Diogo Ferraro Junqueira; Daniela Santos; Marta Braga Martins; Marina Alves; Céu Rodrigues; Vânia Gomes; Paulo Gouveia

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

Um aneurisma micótico é uma condição rara que está associada a elevada morbimortalidade, em que ocorre dilatação arterial secundária a bacteriemia ou embolização séptica. Requer antibioterapia e intervenção cirúrgica para remoção do tecido infetado e reconstrução vascular.

Caso Clínico

Homem, 63 anos, com hernioplastia inguinal direita com prótese tipo Liechtenstein há 8 meses. Internado por bacteriemia a *Klebsiella pneumoniae*, a cumprir antibioterapia com Ceftriaxone, com queixas de dor no membro inferior direito e região inguinal ipsilateral com limitação funcional com 4 dias de evolução. Associadamente com edema exuberante assimétrico de todo o membro e com ruborização da coxa. Realiza à admissão tomografia computadorizada que revela aumento volumétrico heterogéneo de partes moles envolvendo a artéria femoral comum. Para melhor esclarecimento, realiza ecografia que confirma aumento das partes moles envolventes à artéria femoral, no entanto sem se identificar lesões nodulares definidas. Acrescentada Clindamicina à antibioterapia em curso. Após uma semana de internamento, por dor refratária à analgesia e aparecimento de tumefação pulsátil, realiza novo estudo imagiológico que revela coleção líquida que se estende ao longo do músculo iliopsoas direito a favor de provável abscesso, envolvendo a artéria femoral direita, a qual mostra imagem sugestiva de um pequeno pseudoaneurisma. Realiza ecoDoppler arterial que demonstra rotura posterior da artéria femoral e falso aneurisma com risco de rotura total.

Conclusão

Bacteriemia a *Klebsiella pneumoniae* multissensível com origem em abscesso inguinal com aneurisma arterial micótico iliofemoral direito. O material protésico terá sido o foco infeccioso, com atingimento dos tecidos adjacentes com formação de abscesso, disseminação hematogénica e enfraquecimento vascular. O doente foi levado ao bloco de urgência e submetido a aneurismectomia femoral comum, com resseção de prótese e drenagem de abscesso, com boa evolução.

Derrame Pericárdico: A Primeira Pista para um Diagnóstico

Carolina Ribeiro Rodrigues; Marta Machado; Margarida Mourato; Edmília Rodrigues; João Tiago Serra; Isabel Santos Jorge

HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA

Tema: Doenças oncológicas

O derrame pericárdico (DP) pode variar de um achado assintomático a uma emergência médica potencialmente fatal, como o tamponamento cardíaco. As causas de derrame pericárdico incluem etiologias inflamatórias (pericardite), neoplásicas, infecciosas (VIH ou tuberculose), autoimunes, metabólicas e relacionadas com medicamentos. O diagnóstico é frequentemente realizado por ecocardiografia, essencial para definir a localização e o tamanho do derrame, bem como para avaliar o impacto hemodinâmico.

Mulher, 67 anos, fumadora ativa de 40 UMA, com história pregressa de dislipidemia e insuficiência venosa crônica. Recorreu ao serviço de urgência por dispneia com agravamento progressivo, toracalgia pleurítica e edema dos membros inferiores. Analiticamente com leucocitose $12.9 \times 10^9 / L$, D-dímeros $12962 \mu g/L$, NT-proBNP $1124 pg/ml$ e troponina T $20.7 ng/L$. ECG com taquicardia sinusal (124 bpm) e baixa voltagem do QRS com alternância elétrica. Submetida a angio-TAC de tórax que excluiu tromboembolismo pulmonar, mas identificou derrame pericárdico volumoso (35 mm), derrame pleural bilateral, linfadenopatias mediastínicas e quatro lesões nodulares sólidas com calcificações no parênquima pulmonar. Ecocardiograma transtorácico com tamponamento cardíaco (swinging heart e colapso parcial de cavidades direitas). Submetida a pericardiocentese com drenagem de 850 mL de líquido hemático, cujo estudo citológico e imunohistoquímico permitiu confirmar o diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar.

A abordagem do derrame pericárdico depende do impacto hemodinâmico, do tamanho do derrame, da presença de inflamação e das condições médicas associadas. Este caso reforça a importância da história clínica e da identificação dos fatores de risco na definição da etiologia do DP. A pericardiocentese revelou-se fundamental não só na terapêutica imediata do tamponamento cardíaco, mas também para o diagnóstico precoce da neoplasia do pulmão.

Mononucleose complicada por Síndrome de Guillain-Barré

Ana Margarida C. Silva; Catarina Reis Barão; Margarida Guiomar; Inês Matias Lopes; Henrique Atalaia Barbacena; Raquel Soares; Patrícia Howell Monteiro; Federica Parlato; Antonio Martins Batista; Joana Correia Silva

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, EPE / HOSPITAL DE SANTA MARIA

Tema: Doenças raras

Introdução

A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma polirradiculoneuropatia imunomediada, pós-infeciosa e monofásica, sendo a principal causa global de paralisia neuromuscular adquirida. É uma complicação neurológica tardia, raramente reportada após mononucleose por *Citomegalovirus* (CMV).

Caso clínico

Mulher, 34 anos, previamente saudável, internada para esclarecimento de quadro de febre, astenia, parestesias e dificuldade na marcha com uma semana de evolução. À observação apresentava abolição de reflexos osteotendinosos, hipoestesia álgica e tátil em meia bilateralmente e defeito de força segmentar dos membros inferiores 4/4, teste de Romberg com dança de tendões. Laboratorialmente apresentava anemia, linfocitose, aumento de D-Dímeros e LDH, foi realizada tomografia computadorizada de corpo que revelou hêpato-esplenomegalia. Realizada pesquisa de serologias para CMV, *Coxsackievirus*, *Parvovirus* e *vírus Epstein-Bar* (EBV) que se revelaram positivos por reação cruzada, considerando-se possível infeção por CMV, confirmada por carga viral positiva. Colocada a hipótese de SGB sendo realizada punção lombar que revelou dissociação albumino-citológica (56 mg/dL de proteínas e <2 células/mm³). A eletromiografia identificou aspetos compatíveis com SGB, variante desmielinizante. Realizou tratamento com imunoglobulinas com estabilização clínica com manutenção dos defeitos e plano de reabilitação física.

Discussão

O CMV pode causar infeções com amplo espectro de gravidade, a mononucleose infecciosa é comum, mas complicações neurológicas são raramente reportadas especialmente em pacientes imunocompetentes. Este caso ilustra a importância da elevada suspeição clínica e do exame neurológico, no diagnóstico de SGB, uma condição rapidamente progressiva em que o tratamento precoce e monitorização de funções vitais são fundamentais.

Colite secundária a inibidores de quinases

Sofia Teixeira; Ana Luísa Barbosa; Pedro Rodrigues; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

Os inibidores de quinases (IQ) revolucionaram o tratamento do melanoma metastático. No entanto, o bloqueio da via MAPK pode desencadear efeitos adversos significativos, incluindo toxicidade gastrointestinal. A colite induzida por IQ é uma complicação pouco reconhecida e frequentemente subdiagnosticada, que parece estar relacionada com alterações da homeostase epitelial intestinal e da regulação da resposta inflamatória.

Caso clínico

Sexo masculino, 54 anos. Antecedentes de melanoma cutâneo diagnosticado em 2004. Recidiva ganglionar axilar em 2023, submetido a esvaziamento e terapêutica adjuvante com pembrolizumab. Em fevereiro de 2024 com metastização peritoneal, e nesse contexto iniciou terapêutica com encorafenib e binimetinib, que ainda mantinha. Recorreu ao serviço de urgência por perdas hemáticas gastrointestinais com cerca de 2 semanas de evolução (inicialmente retorragias, posteriormente melenas e hematoquézias) com náuseas e desconforto abdominal associado. Analiticamente com queda de hemoglobina de aproximadamente 5g/dL num mês, sem leucocitose e PCR 23.4 mg/L. Hemodinamicamente estável. Fez endoscopia digestiva alta que não evidenciou hemorragia, e a retossigmoidoscopia mostrou sangue digerido em grande quantidade na ampola retal. Posteriormente realizou colonoscopia que mostrou úlceras no cólon ascendente, transverso e cego, com estudo anatomopatológico compatível com colite associada a IQ, pesquisa de citomegalovírus (CMV) negativa e *Epstein-Barr* (EBV) fortemente positiva. Serologia para CMV revelou IgG positivos e IgM negativos. Suspendeu quimioterapia e iniciou corticoterapia (1 mg/kg/dia)

Discussão

A colite secundária a IQ é um efeito adverso gastrointestinal que pode ser clinicamente significativo. A decisão de reintroduzir a quimioterapia deve equilibrar o risco de recorrência da toxicidade com os benefícios terapêuticos.

Doença de Marchiafava-Bignami

Sofia Teixeira; Ana Luísa Barbosa; Pedro Rodrigues; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças raras

Introdução

A doença de Marchiafava-Bignami (DMB) é uma encefalopatia metabólica rara, caracterizada pela degeneração do corpo caloso, geralmente associada ao consumo crónico e excessivo de álcool. O mecanismo fisiopatológico não é totalmente compreendido, mas acredita-se que resulta da desmielinização e necrose da substância branca, possivelmente relacionada com défices nutricionais, especialmente da vitamina B1. Pode apresentar-se num espectro variável de sintomas neurológicos e neuropsiquiátricos, desde alterações cognitivas e do comportamento até défices motores graves.

Caso clínico

Sexo masculino, 45 anos. Perturbação do uso de álcool, com suspensão de consumos de forma abrupta 10 dias antes da admissão hospitalar. Iniciou clínica de confusão, desorientação, tremor e ataxia da marcha com o mesmo tempo de evolução. Ao exame neurológico: nistagmo horizontal evocado pelo olhar, tremor dos quatro membros postural e cinético, ataxia tetra apendicular. Fez TC cerebral que não mostrou lesões isquémicas agudas, mas evidenciou hipodensidade ao longo do corpo caloso compatível com provável lesão tóxica/metabólica. Inicialmente foi colocada a hipótese de encefalopatia de Wernicke. Para melhor caracterização fez RM cerebral que sugeriu tratar-se de DMB. Iniciou benzodiazepina e suplementação com tiamina e ácido fólico, tendo apresentado melhoria neurológica significativa. À data de alta, sem nistagmo, com marcha autónoma, ataxia muito discreta, e ligeiro tremor dos 4 membros postural e cinético.

Discussão

A DMB é uma condição neurológica potencialmente grave, cuja suspeição clínica precoce tem um impacto significativo no prognóstico. Este caso salienta a importância do diagnóstico diferencial com outras encefalopatias relacionadas com o álcool, fundamental para direcionar o tratamento.

De AVC a Síndrome de Miller-Fisher - uma reviravolta na marcha diagnóstica

Joana Araújo Correia¹; Vilma Laís Grilo¹; Carolina Barros²; Tiago Freitas²; Pedro Freitas²; Duarte Noronha²; João Patrício Freitas²

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

² HOSPITAL DR. NÉLIO MENDONÇA - SESARAM, EPE

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A síndrome de Miller-Fisher (SMF) é uma variante rara da síndrome de Guillain-Barré. Constitui uma polineuropatia imunomediada aguda e surge habitualmente após um quadro de infeção viral. Manifesta-se com oftalmoparésia, ataxia da marcha e arreflexia, podendo numa fase inicial ser confundida com um quadro de Acidente Vascular Cerebral (AVC) do tronco encefálico.

Homem, 62 anos, com antecedentes de dislipidemia e hipertensão arterial, recorre à Urgência por quadro com 24 horas de evolução de desequilíbrio da marcha, tonturas e diplopia. Mencionava infeção respiratória autolimitada na semana anterior e negava outros sintomas acompanhantes.

À admissão, apresentava parésia do VI nervo craniano direito, nistagmo vertical bilateral, ptose palpebral à esquerda e dismetria na prova dedo nariz à esquerda. Foi ativada a via verde de AVC. Realizou TC crânio-encefálica, sem evidência de alterações agudas, e estudo angiográfico que documentou redução do calibre da artéria vertebral direita no segmento V4, não se podendo excluir eventual dissecção. Ficou internado na Unidade de AVC por suspeita de AVC isquémico agudo para estudo.

No internamento, fez ressonância magnética crânio-encefálica que não documentou alterações agudas. Às 72 horas da admissão, verificou-se agravamento do quadro com aparecimento de disfagia, disfonia, oftalmoplegia extrínseca também à esquerda e ausência de reflexos osteotendinosos. Face a estes novos achados, levantou-se a hipótese diagnóstica de SMF. Realizou punção lombar que confirmou o diagnóstico e iniciou terapêutica com imunoglobulina endovenosa, com posterior resolução completa do quadro.

A Síndrome de Miller-Fisher, sendo rara, requer um elevado índice de suspeição. Deve ser sempre ponderada perante uma evolução neurológica atípica para AVC e história de infeção recente do trato respiratório superior ou gastrointestinal. O atraso no diagnóstico poderá levar ao aparecimento de complicações como insuficiência respiratória grave.

Anemia hemolítica autoimune no adulto: a propósito de um caso clínico

Margarida Resendes; Margarida Midões; Carolina Morgado; João Faia; Flávio G. Pereira; Susana Cavadas

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A anemia hemolítica caracteriza-se por uma destruição prematura dos eritrócitos, podendo dever-se a inúmeras causas desde autoimunes, adquiridas ou hereditárias.

Caso Clínico

Mulher, 64 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, hipotireoidismo pós-tireoidectomia total e “gastrite”, encaminhada à consulta de Medicina Interna por HbA1c de 3,1% e glicemia em jejum de 82 mg/dL. Assintomática (sem queixas sugestivas de hipoglicemias) e sem alterações ao exame objetivo.

Analiticamente, com hemoglobina de 10 g/dL, VGM 95,3 fL, HGM 32,6 pg, VS 8 mm, péptido C 1,66 ng/mL e insulina em jejum 5,0 µU/mL. Catecolaminas, metanefrinas plasmáticas e ácido vanilmandélico dentro dos valores de referência. TC abdominal sem alterações.

O estudo complementar revelou esfregaço de sangue periférico e imunoglobulinas sem alterações, reticulocitose $145 \times 10^9/L$ (4.25%), bilirrubina total 3.05 mg/dL (indireta 2.79 mg/dL); LDH 309 U/L; PCR 0,21 mg/dL; St transferrina 38.56%; Ferritina 250 ng/mL, haptoglobina 250 mg/dL. Eletroforese de hemoglobina sem alterações, eletroforese de proteínas sem picos monoclonais, teste de Coombs direto positivo e indireto negativo, vitamina B12 de 516 pg/mL e ácido fólico de 20,93 ng/mL. Serologias para VIH, HBV e HCV negativas. Endoscopia digestiva alta e baixa sem alterações de relevo.

Diagnosticada com anemia hemolítica autoimune, iniciada prednisolona 30 mg e foi encaminhada para consulta de Hematologia.

Conclusão

A anemia hemolítica autoimune resulta da destruição prematura dos eritrócitos mediada por autoanticorpos dirigidos contra antígenos eritrocitários. O diagnóstico baseia-se na presença de anemia normocítica normocrômica, evidência laboratorial de hemólise e teste de Coombs direto positivo. O reconhecimento precoce e a abordagem multidisciplinar são fundamentais estabelecer o plano terapêutico da doente, que pode incluir corticoterapia, imunossuppressores, consoante a gravidade e resposta ao tratamento inicial.

BÓCIO MULTINODULAR E COLANGITE BILIAR PRIMÁRIA: Uma associação inesperada?

Ana Filipa C. Correia; Mari Ângela Lopes; Dília R. Valente; Nuno Bernardino Vieira

HOSPITAL DO BARLAVENTO ALGARVIO

Tema: Outro

Introdução

O diagnóstico de Colangite Biliar Primária (CBP) em doentes com disfunção tiroideia, nomeadamente com Tiroidite de Hashimoto, é uma associação já conhecida uma vez que partilham vias comuns de patogénese. Porém, outras causas de patologia tiroideia, tais como o Bócio Multinodular (BMN), parecem estar também associadas a CBP, tal como descrito por Floreani et al em 2016.

Caso Clínico

Apresenta-se o caso de uma mulher, 50 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, medicada com anticontraceptivo oral e sem hábitos alcoólicos. Foi referenciada para a consulta de patologia tiroideia para avaliação de BMN com vários anos de evolução. Doente eutiroideia, que no decurso do estudo em consulta, fez avaliação das provas hepáticas com padrão de colestase (Fosfatase Alcalina e Gama-GT elevadas) em múltiplas seriações. Da autoimunidade tiroideia, apenas os Anticorpos anti-Receptores de TSH (TRABS) estavam positivos. Concomitantemente, apresentou Anticorpos AMA-2 positivos que sugere um diagnóstico de CBP clinicamente silenciosa. Iniciou terapêutica com ácido ursodesoxicólico com boa tolerância.

Discussão

O presente caso ilustra que existem outras patologias tiroideias que parecem estar associadas à CBP, para além da correlação mais estudada com a tiroidite de Hashimoto. Estes merecem a nossa atenção e investigação em consulta, dado que o diagnóstico precoce da CBP é essencial para o início da abordagem terapêutica otimizada, de modo a evitar complicações hepáticas como cirrose e hepatocarcinoma.

DRESS a Eslicarbazepina - uma reação adversa rara

Mariana Sant'ana; Maria Manuel Costa

ULS ENTRE DOURO E VOUGA

Tema: Doenças hematológicas

A reação medicamentosa com eosinofilia e sintomas sistémicos (DRESS) é uma reação adversa grave a fármacos, caracterizada por eosinofilia, rash morbiliformes, febre, edema facial, adenopatias e envolvimento multiorgânico, surgindo geralmente entre duas a seis semanas após a exposição ao fármaco. Os fármacos mais comuns incluem anticonvulsivantes, antimicrobianos e antivirais.

Apresentamos o caso de uma doente de 59 anos com Esclerose Múltipla, que iniciou tratamento com eslicarbazepina (ESL) após surto da doença. Seis semanas após o início do fármaco, desenvolveu exantema nos membros superiores e febre. A avaliação analítica revelou leucocitose, eosinofilia e elevação das enzimas hepáticas.

Face ao quadro clínico, levantou-se a hipótese de DRESS, tendo a doente cumprido quatro critérios do sistema de pontuação RegiSCAR: erupção cutânea, febre, linfocitose e eosinofilia. O diagnóstico foi confirmado por biópsia cutânea. Foram excluídas infeções virais, nomeadamente citomegalovírus (CMV), vírus de Epstein-Barr (EBV) e vírus Herpes Humano (HHV). A doente foi internada, com suspensão imediata da ESL e início de corticoterapia. Embora inicialmente tenha havido agravamento do rash, houve melhoria progressiva, acompanhada da normalização dos parâmetros laboratoriais.

Embora DRESS esteja frequentemente associado ao uso de anticonvulsivantes, os casos relacionados com ESL são raros. A fisiopatologia permanece pouco compreendida, sendo o mais provável a associação a combinação de farmacocinética, reativação de vírus da família herpes e predisposição genética. Algumas infeções virais, como EBV, CMV e HHV, podem mimetizar o quadro clínico de DRESS, contudo, foram excluídas. Considerou-se a possibilidade de reação a outros fármacos, mas a ESL foi a única alteração introduzida no esquema terapêutico da doente.

Este caso reforça a necessidade de uma vigilância clínica rigorosa relativamente ao risco de DRESS em doentes sob tratamento com ESL.

A Pergunta Certa no Momento Certo: O Papel Crucial da Anamnese no Diagnóstico da Síndrome de DRESS

Isabel Viana Novo; Filipa Guedes; Glória Gonçalves; Adriana Basílio; Alexandra Azevedo; Carla Melo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO AVE

Tema: Outro

Introdução

A Síndrome de DRESS (*Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms*) é uma reação adversa rara e potencialmente fatal, resultante de uma hipersensibilidade tardia a fármacos. O seu início ocorre entre 2 a 8 semanas após a exposição ao agente responsável e caracteriza-se por um envolvimento multiorgânico. O RegiSCAR é uma ferramenta essencial para estimar a probabilidade diagnóstica. O reconhecimento precoce desta entidade é crucial para evitar desfechos desfavoráveis.

Caso Clínico

Mulher de 82 anos, com *Clinical Frailty Scale* de 5 pontos, antecedentes de fatores de risco cardiovascular e patologia osteoarticular, admitida no Serviço de Urgência por mal-estar generalizado. Foi diagnosticada com pielonefrite aguda, com isolamento de *Klebsiella pneumoniae* sensível a ceftriaxone a condicionar uma lesão renal aguda pré-renal. Ao terceiro dia de internamento, verificou-se agravamento clínico com febre sustentada, astenia e aparecimento de um rash maculopapular eritematoso morbiliforme exuberante, envolvendo face, tronco e membros, acompanhado de hipotensão (84/53 mmHg) e taquicardia. Analiticamente, destacava-se eosinofilia >10%, linfócitos atípicos no esfregaço sanguíneo, alterações da função hepática e deterioração da função renal, sem resposta à fluidoterapia. O ionograma, sedimento urinário, marcadores víricos e estudo autoimune não apresentavam alterações. Uma anamnese minuciosa revelou a introdução de alopurinol um mês antes, como única modificação terapêutica recente. Foi estabelecido o diagnóstico de Síndrome de DRESS (RegiSCAR 7), iniciando-se suspensão imediata do fármaco, corticoterapia e fluidoterapia, com melhoria clínica e analítica na primeira semana de estratégia terapêutica.

Discussão

A Síndrome de DRESS apresenta um quadro clínico heterogéneo e desafiador, frequentemente confundido com outras patologias infecciosas ou autoimunes. A sua identificação precoce e a suspensão imediata do fármaco implicado são essenciais para prevenir complicações graves e reduzir a mortalidade. A sensibilização da comunidade médica para este diagnóstico diferencial é fundamental para uma abordagem rápida e eficaz.

Síndrome de Evans: um mal nunca vem só

Vitória Flores; Sofia Caridade; Isabel Silva; Cláudia Coelho; João Pedro Faria

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A síndrome de Evans representa a combinação de anemia hemolítica autoimune e púrpura trombocitopénica idiopática, que se revela uma entidade de gestão exigente, pela reduzida resposta à terapêutica standard, recaídas frequentes e elevada mortalidade.

Homem, 76 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e episódio recente e autolimitado de bolhas hemorrágicas na mucosa jugal. Internado no serviço de medicina interna por infeção respiratória a condicionar insuficiência respiratória tipo 1. Ao exame físico com palidez cutânea, na auscultação pulmonar com crepitações bibasais e petéquias nos membros inferiores. Analiticamente anemia macrocítica e normocrómica, leucocitose com neutrofilia, trombocitopenia (<10000), reticulócitos 7.7%, LDH 440, haptoglobina 2, PCR 68.9, procalcitonina 0.07, teste de coombs direto positivo. Esfregaço de sangue periférico com anisocitose eritrocitária e esferócitos. Estudo imunológico negativo. Sem picos monoclonais. Imunofenotipagem de linfócitos sem alterações. Crioglobulinas negativas. Serologias víricas negativas. Tomografia computadorizada toracoabdominopélvica sem alterações de relevo. Realizou terapêutica imunossupressora, com pulsos de metilprednisolona e posteriormente prednisolona 1 mg/kg, com boa evolução clínica (desaparecimento da clínica hemorrágica) e analítica (aumento gradual da hemoglobina e contagem plaquetária). Resolução da infeção respiratória após esquema de levofloxacina. Atualmente com recuperação hematológica após desmame da corticoterapia e 4 ciclos de rituximabe.

A raridade e complexidade da síndrome de Evans tornam o seu diagnóstico e abordagem clínica desafiadora, pelo que o seu reconhecimento precoce é essencial para prevenir complicações potencialmente fatais.

Não há duas sem três

João Rio; Inês Bento Andrade; João Pedro Ramos; Alexandra Silvestre; Pedro Ferreira Nunes; Francisca Lourenço Ramos; João Carlos Oliveira; Margarida Urpina Matias; Susana Jesus; Cândida Fonseca

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, EPE / HOSPITAL DE S. FRANCISCO XAVIER

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

O lipossarcoma retroperitoneal é um tumor raro, frequentemente diagnosticado em fases avançadas devido à ausência de sintomas específicos. Apresentamos um caso de um doente com várias neoplasias, destacando a importância de uma abordagem multidisciplinar perante sintomas inespecíficos e achados sugestivos de malignidade.

Caso Clínico

Homem, 73 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, doença renal crónica e adenocarcinoma da próstata submetido a prostatectomia e hormonoterapia em 2019 sem aparente recidiva. Encaminhado para consulta de Medicina Interna por sudorese noturna e dor abdominal inespecífica com meses de evolução. Analiticamente apresentava trombocitose, PSA normal e gamapatia monoclonal IgG lambda. Os exames de imagem revelaram uma volumosa massa retroperitoneal (82×73×60 mm) sem invasão do psoas, lesões ósseas líticas e nódulos pulmonares suspeitos de metastização. A biópsia da massa identificou um lipossarcoma bem diferenciado. O mielograma revelou neoplasia linfóide de células B maduras e a biópsia óssea medular foi compatível com Linfoma linfocítico/ Leucemia linfocítica crónica. A biópsia e citologia do osso ilíaco esquerdo e a citologia do gânglio pulmonar foram compatíveis com Linfoma linfocítico de pequenos linfócitos B/ LLC-B. O doente foi submetido a resseção cirúrgica do sarcoma retroperitoneal, cujo tipo histológico foi lipossarcoma desdiferenciado e de alto grau (G3).

Discussão

Este caso ilustra a complexidade do diagnóstico diferencial em doentes com múltiplas neoplasias, uma situação cada vez mais frequente. A sua identificação precoce e abordagem multidisciplinar são essenciais para otimizar o prognóstico global do doente

Leiomiossarcoma Uterino: Uma Apresentação Atípica com Metástases Ósseas e Compressão Medular

Beatriz Parreira; Carlos Grijó; Beatriz Tavares Silva; Marta Soares Carreira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

O leiomiossarcoma uterino é um sarcoma raro e agressivo, geralmente diagnosticado em estágios avançados. As metástases ósseas são pouco comuns, sendo mais frequente a disseminação pulmonar ou hepática. Este caso descreve uma doente cujo diagnóstico foi realizado após investigação de lesões ósseas metastáticas e paraparesia progressiva.

Caso Clínico

Mulher de 56 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e carcinoma papilar da tiroide tratado com Iodo-131. Conhecia-se ainda uma massa uterina volumosa em seguimento por ginecologia que já tinha sido biopsiada em 2022 e que a histologia identificou como mioma.

Nos três meses anteriores à admissão, a doente desenvolveu lombalgia com irradiação para os membros, parestesias de agravamento progressivo e dificuldades na marcha. Para estudo do quadro, realizou exames de imagem que revelaram múltiplas lesões ósseas, incluindo uma lesão ocupante de espaço em D7, com compressão radicular, pelo que foi encaminhada ao SU e admitida em enfermaria de Medicina Interna. O caso foi discutido com Neurorradiologia que considerou tratar-se de uma compressão crónica e para intervenção cirúrgica programada após determinação etiológica. No internamento foi realizada RM pélvica que evidenciou massa uterina volumosa com extensão extramiometrial suspeita de malignidade e biópsia de lesões ósseas que confirmou neoplasia mesenquimatosa maligna, compatível com sarcoma uterino metastático. Assim, foi submetida a histerectomia, cujo exame histológico confirmou sarcoma estromal endometrial de alto grau (pT1b R0). O tratamento adjuvante incluiu radioterapia óssea e avaliação para quimioterapia sistémica. Face ao tardio diagnóstico, apesar da terapêutica, a progressão clínica foi desfavorável, culminando em óbito.

Discussão

Este caso evidencia um percurso diagnóstico complexo, em que uma neoplasia uterina inicialmente acompanhada como mioma se revelou tratar de um sarcoma uterino metastático. O envolvimento vertebral com compressão medular foi determinante para a procura do tumor primário.

A raridade das metástases ósseas em sarcomas uterinos reforça a importância da suspeição clínica e do uso de exames imagiológicos detalhados. O diagnóstico precoce e o tratamento multidisciplinar são fundamentais para melhorar a sobrevida e qualidade de vida dos doentes.

Dor Torácica pouco suspeita: uma pista oculta para um diagnóstico inesperado

Inês Pinto Rodrigues; Andreia Lopes Sousa; Marta Reisinho Mesquita; Patrícia Florindo; Filipa Marques Rodrigues; Maria João Palavras; Ana Rita Marques; Ilídio Brandão

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

O mieloma múltiplo (MM) caracteriza-se pela proliferação de plasmócitos clonais na medula óssea, que produzem imunoglobulina (Ig) monoclonal anómala. Representa 10% das neoplasias hematológicas e a idade média de diagnóstico é 69 anos. A clínica pode ser resumida pelo acrónimo em inglês CRAB: hipercalcemia, insuficiência renal, anemia e lesões ósseas.

Caso clínico

Masculino, 59 anos, autónomo, com antecedentes de relevo, hipertensão arterial, dislipidemia e excesso de peso. Recorreu ao serviço de urgência, encaminhado através do médico de família, por apresentar lesões líticas no esterno e costelas, na radiografia de tórax. Descrevia dor intermitente na zona esternal e clavicular esquerda com 1 semana de evolução, após esforço feito no trabalho, que agravava com os movimentos. Negava perda ponderal, suores noturnos, anorexia, febre ou astenia. Realizou tomografia de tórax que corroborou os achados da radiografia, sendo então internado para estudo. Do estudo, imunoeletroforese com pico monoclonal na zona gama do tipo IgG/K, rácio cadeias leves séricas Kappa/Lambda 22.45, rácio cadeias leves livres séricas Kappa/Lambda 39.29, mas sem anemia, disfunção renal ou hipercalcémia. Na PET foram identificadas “lesões osteolíticas e hipermetabólicas a nível do esterno e quinta costela direita”. Do aspirado medular, 12% de plasmócitos e 2% de plasmócitos clonais em imunoeletroforese. Concluído diagnóstico de MM IgG/K e o doente foi referenciado a Hematologia.

Discussão e conclusão

A abordagem da toracalgia envolve geralmente a exclusão de causas mais frequentes: cardíacas, pulmonares, lesões traumáticas ou doenças musculoesqueléticas. Este caso demonstra não só o desafio da Medicina Interna perante um sintoma muito frequente, como a importância de uma avaliação clínica e laboratorial detalhada, permitiu o diagnóstico rápido e o início de tratamento precoce, essencial para melhorar o prognóstico do MM.

Embolização hepática de uma endocardite infecciosa

Catarina Morete Cabrita; Nuno Amorim; Ricardo Veloso; Ana Simas; Joana Cardoso; Ana Silveira; Fátima Pinto

HOSPITAL DISTRITAL DA HORTA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A endocardite é uma infeção que envolve válvulas cardíacas e o seu revestimento. Pode cursar com eventos de disseminação infecciosa, fenómenos imuno-mediados, com complicações como insuficiência cardíaca e renal ou enfarte cerebral. A mortalidade é significativa (30%), apesar dos avanços no tratamento.

Os autores apresentam um homem de 73 anos com antecedentes de trombocitopenia imune, sob corticoterapia crónica. Observado na urgência por quadro febril intermitente com 1 semana de evolução. Estava hipotenso, febril sem alterações ao exame físico e neurológico, sem foco infeccioso identificável, apenas a ressaltar fragilidade cutânea com múltiplos esfacelos nos membros. Analiticamente com leucocitose, proteína C reativa e procalcitonina aumentadas. Excluídos focos respiratório, cutâneo e urinário, assumiu-se síndrome febril indeterminado, tendo sido internado para alargamento do estudo. Realizou tomografia computadorizada que revelou formações hipodensas no fígado, suspeitas de disseminação hepática secundária (fez biópsia, descrita como tecido necroinflamatório, provável lesão abcedada) e ecocardiograma com evidência de imagem ecodensa na válvula mitral nativa. Do restante estudo, a salientar velocidade de sedimentação e fator reumatóide aumentados, bem como isolamento de *Staphylococcus capitis* em 2 pares de hemoculturas.

Segundo Critérios de Duke (1 *major* - lesão endocárdica, não se podendo excluir vegetação e 2 *minor* - 2 pares de culturas positivos para agente pouco frequente e febre), assumiu-se diagnóstico possível de endocardite infecciosa a *Staphylococcus capitis*, com ponto de partida cutâneo, com embolização sistémica hepática. Cumpriu 6 semanas de antibioterapia dirigida com flucloxacilina. Neste período, houve resolução progressiva da febre e das lesões hepáticas, evidenciado em imagem de controlo. A evolução indicou boa resposta ao tratamento, sem complicações adicionais.

Em suma, este caso destaca a importância da vigilância de doentes sob corticoterapia crónica, pelo risco aumentado de infeções, incluindo a endocardite infecciosa. A identificação do agente etiológico, enquadrado na clínica do doente e a instituição de antibioterapia adequada e prolongada são fundamentais para a resolução da infeção e prevenção de complicações.

Eosinofilia: duas entidades

Catarina Morete Cabrita; Nuno Amorim; Ricardo Veloso; Ana Simas; Catarina Medeiros; Joana Cardoso; Ana Silveira; Rui Suzano; Fátima Pinto

HOSPITAL DISTRITAL DA HORTA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A hipereosinofilia (HE) pode ser primária (anomalia clonal medular), reativa ou secundária (fármacos, fungos, parasitoses, neoplasias sólidas ou linfomas) e idiopática. Pode-se associar à síndrome de HE com significado indeterminado (sem causa aparente ou envolvimento de órgãos, de curso benigno), à Poliangeíte Granulomatosa Eosinofílica (coexistente com sinusite, rinite alérgica, asma e vasculite) e à síndrome hipereosinofílica, distúrbio que cursa com a produção mantida de eosinófilos ($>1.5 \text{ G/L}$ no sangue periférico ou infiltração tecidual por >1 mês), que pode causar disfunção multiorgânica. O diagnóstico diferencial é feito com a leucemia eosinofílica aguda, leucemia crónica mieloide e mastocitose sistémica com eosinofilia.

Os autores descrevem dois casos clínicos: Homem de 69 anos medicado recentemente com pembrolizumab por neoplasia da bexiga em remissão e mulher de 58 anos, asmática. Ambos internados por tosse produtiva, dispneia, astenia, febre, leucocitose com eosinofilia, parâmetros inflamatórios mantidos, infiltrados pulmonares bilaterais e culturas negativas, com má resposta à antibioterapia. No primeiro, após estudo autoimune, serológico, Imunoglobulina E, IGRA (Interferon-Gamma Release Assays), ECA (Enzima Conversora da Angiotensina), Tomografia Computorizada de tórax e seios perinasais e broncofibroscopia, assumiu-se diagnóstico do Síndrome Hipereosinofílico de etiologia não determinada, como possível reacção adversa ao pembrolizumab. No segundo, após excluída aspergilose e baseado nos critérios ACR/EULAR (American College of Rheumatology/ European League Against Rheumatism), foi considerada a Poliangeíte Granulomatosa Eosinofílica. Ambos os doentes iniciaram corticoterapia com boa evolução clínica e radiológica.

Em suma, as Síndrome Hipereosinofílicas não são comuns na prática diária e podem suscitar confusão inicial com processos infecciosos pulmonares, quando cursam com o típico quadro de febre, astenia, tosse, dispneia. A falência ou mesmo o agravamento clínico com antibioterapia e habitualmente a melhoria com corticóides sustentam este diagnóstico, apesar do valor absoluto de eosinófilos dever sempre alertar para esta possibilidade diagnóstica.

De gastroenterite à Leptoespirose

Margarida Almeida; Maria João Matos Rocha; António Aragão; Pereira de Moura; Lèlita Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A Leptospirose é uma doença zoonótica, causada pela bactéria *Leptospira* com maior incidência em países tropicais. Quase todos os mamíferos podem ser portadores, sendo o rato o mais comum. A transmissão é feita através do contacto com urina. Clinicamente pode verificar-se desde um quadro febril autolimitado moderado a um quadro severo multiorgânico com complicações hemorrágicas (síndrome de Weil). A suspeita clínica no contexto social adequado e o diagnóstico permitem o tratamento adequado com doxiciclina, o antibiótico de eleição.

Caso Clínico

Mulher de 81 anos com antecedentes de epilepsia recorreu ao Centro de Saúde por quadro de mal-estar generalizado, náuseas, vômitos e astenia com 2 dias de evolução, tendo sido diagnosticada com gastroenterite aguda e medicada com anti-emético e analgesia. Por manutenção dos sintomas e icterícia, acolia fecal e colúria, recorreu ao SU, objetivando-se hiperbilirrubinémia (total 11.9 mg/dL, direta 8.9 mg/dL), aumento de transaminases e parâmetros inflamatórios; no entanto, a ecografia abdominal não mostrou alterações de relevo. Por residir em meio rural e convívio com animais (ovelhas, coelhos, galinhas, ratos, gatos e cães), foram pedidas serologias e iniciada doxiciclina de forma empírica. Apesar da serologia negativa para *Leptospira sp*, a pesquisa de DNA de *Leptospira* na urina foi positiva e anticorpos IgM positivos, sugerindo infecção recente. Foi internada, cumpriu 4 dias de doxiciclina ev, tendo tido alta ao fim de 4 dias completando antibioterapia oral no domicílio. Teve consulta posterior com melhoria clínica e analítica, sem novas intercorrências até à data.

Discussão

Este caso clínico pretende demonstrar a importância de uma história clínica completa, onde se valoriza os antecedentes, hábitos e contexto socioeconómico perante suspeitas clínicas adequadas. Neste caso, com a manutenção sintomática e desenvolvimento de novas alterações apesar do tratamento adequado do primeiro diagnóstico, foi necessário expandir os diagnósticos diferenciais, de forma a permitir a realização de exames complementares que indicassem o caminho e tratamento certo.

Rajapakse S. Leptospirosis: clinical aspects. Clin Med (Lond). 2022 Jan; 22(1): 14 - 17.

Azevedo IR. et al. Human leptospirosis: In search for a better vaccine. Scand J Immunol. 2023 Aug; 98:e13316.

O que uma simples “dor de barriga” pode desvendar

Diana Chaves; Ricardo Monteiro Pedrosa; Francisco Matos; Ana Isabel Machado; Luísa Pinto; Francisco Gonçalves

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A trombose mesentérica, com ou sem trombose esplâncnica, é rara, tem uma apresentação clínica inespecífica aguda, subaguda ou crónica. Associa-se a estados pró-trombóticos.

Caso clínico

Mulher, de 53 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial, vem ao serviço de urgência por dor abdominal desde há 2 semanas e foi diagnosticada com infeção do trato urinário. Por persistência do sintoma, retorna passado 1 semana, revelando o estudo analítico realizado leucocitose com neutrofilia, elevação da LDH e PCR. A Angio-TC-toraco-abdomino-pélvica identificou “oclusão do tronco celíaco e da artéria esplénica (...) trombo ocluindo a veia porta e seus ramos, a veia esplénica e a artéria mesentérica superior (...) bem como a porção proximal da veia mesentérica inferior. Densificação inespecífica da raiz do mesentério. (...) áreas de enfarte recente no parênquima esplénico”. Ficou hipocoagulada com heparina não fracionada 2 dias e, posteriormente, com enoxaparina. Do estudo realizado: elevação de D-dímeros, fibrinogénio e velocidade de sedimentação; serologias víricas, estudo imunológico e estudo de trombofilias negativos; endoscopias sem alterações; PET-scan com captação ligeira inespecífica em vários locais, incluindo no mesentério. Sem intercorrências no internamento. Teve alta, com rivaroxabano. Em consulta de seguimento, foi detetada mutação JAK 2 p.(V617F). Assim, admite-se síndrome mieloproliferativo JAK 2+, sem alterações no hemograma, como causa trombótica. Associou-se ácido acetilsalicílico. Foi pedida ressonância magnética abdomino-pélvica, para melhor caracterização da densificação mesentérica. Mantém seguimento.

Conclusão

Este caso apresenta uma doente, sem fatores de risco conhecidos significativos, que surge com um quadro de trombose massiva venosa e arterial a nível abdominal, em que o estudo exaustivo realizado, identificou unicamente a mutação JAK2, que confere um estado protrombótico, associada ou não a síndrome mieloproliferativo.

A culpa é da Ciprofloxacina!

Inês Costa Clemente

HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA

Tema: Outro

Introdução

Mulher de 22 anos com psicose após introdução de Ciprofloxacina.

Caso clínico

Mulher de 22 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, nem medicação habitual.

Recorreu ao Serviço de Urgência por febre (39°C), cefaleia, cólica abdominal, diarreia aquosa e vômitos alimentares, com 2 dias de evolução.

Analiticamente: leucocitose 11900/uL, Proteína C Reativa (PCR) 18,13mg/dL, calprotectina fecal 5696mcg/g, toxinas *Clostridium difficile* negativo e coprocultura com *Campylobacter jejuni*. Ecografia abdominal: espessamento difuso e uniforme do cego e íleo distal. Tomografia Computorizada abdomino-pélvica: espessamento parietal concêntrico no cego e no cólon ascendente; densificação inflamatória do tecido adiposo patológico. Pela suspeita de Colite Infeciosa iniciou Ciprofloxacina. Foi colocada a hipótese de doença inflamatória intestinal (DII).

Ao 2º dia de internamento, desenvolveu vesículas perioculares na hemiface direita compatível com infeção por *Herpes simplex*, e iniciou aciclovir oral. Apresentou alterações do comportamento, com atitude desconfiada e ideação delirante persecutória. A Psiquiatria referiu sintomas psicóticos e medicou com olanzapina. Exame neurológico sem alterações. Para exclusão de encefalite herpética realizou punção lombar: líquido cefalorraquidiano sem alterações. Eletroencefalograma com alterações sugestivas de disfunção encefálica difusa. Ressonância magnética crânio-encefálica sem alterações de relevo.

Foi excluída a hipótese de DII: Colonoscopia e entero-ressonância magnética sem lesões.

Dois dias após suspensão de Ciprofloxacina, com melhoria significativa dos sintomas psicóticos, com crítica para o sucedido.

Discussão

Tendo em conta os achados, e excluídas outras causas, assumiu-se quadro de Psicose provavelmente associada à toma de Ciprofloxacina. Esta é uma das quinolonas mais associadas à psicose. Este é um efeito adverso raro deste grupo de fármacos, mas já previamente descrito na literatura, com prevalências de até 3,6%.

Linfadenite dermatopática – um diagnóstico de exclusão

Olga Capontes; Sandra Baptista; Maria Leonor Araujo; Inês Esteves Cruz; Francisco Silva; Isabel Madruga

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, EPE / HOSPITAL EGAS MONIZ

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

Quadros de linfadenopatia generalizada devem ser investigados, sendo as etiologias mais frequentes reumatológicas, linfoproliferativas e infecciosas. A linfadenopatia dermatopática distingue-se por hiperplasia da região cortical dos gânglios, com identificação de linfócitos B e T, e presença de melanina no interior de macrófagos.

Caso Clínico

Homem de 39 anos, saudável, admitido em consulta por quadro com 5 meses de evolução de cansaço e astenia, perda ponderal de 8%, sem febre ou sudorese associada. Referiu previamente ao início do quadro, tosse, dor abdominal superior e rash na região cervical posterior, com resolução. Objetivamente apresentava adenopatias nas cadeias cervical anterior, sub-mandibular e inguinal bilateralmente, gânglios inferiores a 2 cm, moles e móveis, indolores, sem lesões cutâneas. Analiticamente a destacar anemia de padrão inflamatório, linfocitose e VS elevada. Ecografia com fígado moderadamente aumentado (cerca de 17.5 cm na LMC) com contornos regulares. Procedeu-se a avaliação mais extensa, destacando-se painel de auto-imunidade normal, serologias negativas para HIV, HCV, HBV e VDRL, cicatriz imunológica para EBV e CMV, imunofenotipagem de sangue negativa. TAC TAP sem organomegalias, massas anómalas ou adenopatias torácicas/abdominais. PET identificou envolvimento ganglionar supra e infra-diafragmático de natureza indeterminada. A punção aspirativa de gânglio inguinal revelou linfadenopatia reativa, sem populações linfóides anormais. A biopsia excisional sugeriu padrão reativo (hiperplasia folicular e expansão paracortical por vezes com pigmento associado), compatível com linfadenite dermatopática, sem evidência de neoplasia. Os exames culturais foram negativos. Durante o seguimento apresentou diminuição e desaparecimento da maioria das adenopatias, ganho de peso e ausência de sintomas.

Discussão

O diagnóstico definitivo da linfadenite dermatopática é anátomo-patológico. Pode ser idiopática, ou estar associada a doenças dermatológicas benignas tais como dermatite atópica e psoríase, ou malignas como melanoma e linfoma de Hodgkin. As adenopatias normalmente regredem em cerca de 6-8 meses. É essencial um seguimento periódico, de modo a permitir o diagnóstico precoce de novas condições que possam vir a manifestar-se.

Uma apresentação atípica de Linfoma Não Hodgkin

Francisca Lourenço Ramos; Alexandra Silvestre; Inês Bento Andrade; João Rio; Pedro Ferreira Nunes; Cândida Fonseca; Susana Jesus

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LISBOA OCIDENTAL

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

Os Linfomas Não Hodgkin são tumores do tecido linfático que, na maioria dos casos, se devem à transformação maligna dos linfócitos B. Têm múltiplas formas de apresentação, desde silenciosas até linfadenopatias com atingimento de várias cadeias ganglionares, podendo levar à compressão de estruturas adjacentes.

Caso Clínico

Homem, 42 anos, recorreu ao serviço de urgência por edema do membro inferior direito e dor intensa na coxa e região popliteia direita com duas semanas de evolução. Negava sintomas B, história pessoal ou familiar de eventos trombóticos. À observação, destacavam-se adenopatias nas cadeias cervicais, axilares e inguinais. Analiticamente, sem aumento dos parâmetros inflamatórios e D-Dímeros negativos. Angiotomografia dos membros inferiores e cavidade pélvica revelou conglomerados lombo-pórticos adjacentes à veia cava inferior, levando à compressão desta e das veias ilíaca comum e interna direita. Tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica com múltiplas e volumosas adenopatias a envolverem grandes vasos abdominais e os seus colaterais em toda a extensão crânio-caudal. Fez-se excisão ganglionar axilar direita com citometria de fluxo compatível com Linfoma Não Hodgkin B e a histologia identificou Linfoma folicular. Tomografia com emissão de positrões de estadiamento confirmou atendimento ganglionar supra e infra-diafragmático. Iniciou terapêutica com corticoterapia e quimioterapia, com resposta favorável.

Discussão

Apesar de comuns, os Linfomas Não Hodgkin podem ter apresentações atípicas e mimetizar outros diagnósticos, pelo que este é um caso que descreve uma apresentação clínica rara mas que deve levar à suspeição diagnóstico de forma a iniciar o tratamento de forma mais precoce.

Infeção disseminada por BCG após instilações intravesicais: um desafio diagnóstico

Rita Noversa de Sousa; Danay Perez; Nídia Pereira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A imunoterapia intravesical com *Bacillus Calmette-Guérin* (BCG), uma variante viva atenuada de *Mycobacterium bovis*, é um tratamento eficaz para o carcinoma urotelial não músculo-invasivo. No entanto, pode associar-se a complicações infecciosas, incluindo a BCGite sistémica, uma entidade rara mas potencialmente grave. O presente caso destaca a importância da suspeição clínica e do diagnóstico atempado.

Caso Clínico

Homem de 57 anos, com antecedentes de neoplasia vesical submetido a ressecção transuretral e instilações intravesicais de BCG. Desde o término da imunoterapia, com queixas progressivas de anorexia, astenia marcada e perda ponderal significativa (~20% em 2 meses), acompanhadas de náuseas debilitantes. Laboratorialmente, destacava-se anemia (Hb 10.5g/dL), sem alterações das outras linhagens, agravamento da função renal (Cr 2.1mg/dL) e elevação da PCR (50mg/L). A tomografia computadorizada revelou espessamento inespecífico do ângulo esplénico e incontáveis micronódulos pulmonares com distribuição aleatória, sugestivos de padrão miliar. A endoscopia digestiva alta mostrou pangastrite crónica ativa e, dada a friabilidade da mucosa que impediu a progressão na endoscopia digestiva baixa, foi realizada colonoscopia virtual, sem achados relevantes. Múltiplas culturas de expectoração foram negativas para bactérias e micobactérias. A broncoscopia com lavado broncoalveolar não revelou células malignas, sendo os exames microbiológicos igualmente negativos. Apesar do estudo microbiológico negativo, o quadro clínico-radiológico foi altamente sugestivo de infeção disseminada por BCG. Assim, a imunoterapia com BCG foi suspensa e o tratamento antibacilar iniciado empiricamente, com melhoria clínica significativa e redução imagiológica expressiva dos micronódulos pulmonares observados.

Discussão

A BCGite, embora rara, deve ser considerada em doentes submetidos a imunoterapia intravesical que desenvolvem sintomas sistémicos inespecíficos, particularmente quando associados a achados imagiológicos sugestivos. O diagnóstico pode ser desafiante devido à baixa rentabilidade microbiológica, sendo frequentemente clínico. O reconhecimento precoce e a instituição de terapêutica antibacilar são fundamentais para prevenir complicações e melhorar o prognóstico.

Sarcoidose – Uma Apresentação Clínica Enganadora

Vera Guedes de Sousa; Teresa Afra Rosa; Bernardo Baptista; Alexandra Bayão Horta

HOSPITAL DA LUZ LISBOA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A sarcoidose é uma doença inflamatória sistémica de etiologia desconhecida, na qual há a formação de granulomas não caseosos nos tecidos e pode afetar múltiplos órgãos, incluindo pulmões, gânglios linfáticos, fígado e baço. A sua apresentação clínica é heterogénea, desde doença assintomática a severa. O diagnóstico é frequentemente um desafio, exigindo a exclusão de outras doenças granulomatosas e neoplásicas.

Caso Clínico

Homem de 46 anos, sem história médica prévia, avaliado inicialmente por perda ponderal de 20kg em dois anos, sem outros sintomas. Analiticamente com eosinofilia, monocitose, elevação das enzimas hepáticas (padrão de citolestase) e da ECA (valor máximo de 239,4UI/L) e em exame de imagem com esplenomegalia massiva, adenopatias mediastínicas e intra-abdominais e padrão micronodular peribroncovascular pulmonar bilateral. Realizou PET-TC que demonstrou intensa hipercaptação esplénica, hepática, osteomedular e ganglionar. Face à suspeita de linfoma, foi submetido a esplenectomia diagnóstica, cuja histologia revelou granulomas epitelióides não caseosos compatíveis com sarcoidose e sem evidência de doença linfoproliferativa. Foi realizada biópsia osteomedular que revelou numerosos granulomas epitelióides. A avaliação oftalmológica excluiu envolvimento ocular. Analiticamente evoluiu com trombocitose e agravamento da eosinofilia, da monocitose e da hepatite. Iniciou corticoterapia com prednisolona 40 mg/dia, com desmame progressivo, associada a metotrexato semanal, estando à data atual, aos 4 de follow-up, em remissão clínica e laboratorial com metotrexato 10mg/semana e prednisolona 2,5mg/dia.

Conclusão

Este caso ilustra o desafio diagnóstico da sarcoidose, que se pode apresentar com sintomas frustres e inespecíficos, apesar do extenso envolvimento multiorgânico. A sua apresentação pode mimetizar outras patologias, nomeadamente doenças linfoproliferativas, que constituem importantes diagnósticos diferenciais a considerar.

Tromboembolismo Pulmonar e Descoberta de Tumor Miofibroblástico num Paciente Idoso

Mariana Santos Pinheiro; José Paz Melo; Rosário Calado; Francisco M. M. Pinheiro

HOSPITAL DE BRAGA

Tema: Doenças oncológicas

O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma condição potencialmente fatal. Apresentamos o caso de um paciente de 82 anos, inicialmente internado devido a TEP bilateral e trombose venosa profunda (TVP), cuja investigação levou ao diagnóstico de um tumor miofibroblástico.

Sexo masculino, 82 anos, autónomo. Antecedente de carcinoma da bexiga tratado com RTU-v e radioterapia. Iniciou dispneia progressiva e tosse seca, com agravamento de edema do membro inferior esquerdo com 2 semanas de evolução.

A gasimetria arterial revelou hipoxemia e alcalose respiratória compensada. O BNP era 1372 pg/mL. O Eco-Doppler dos membros inferiores confirmou a presença de TVP na veia poplítea esquerda. A angio-TC pulmonar evidenciou TEP bilateral extenso e nódulos pulmonares suspeitos. O paciente esteve internado 27 dias tendo evoluído favoravelmente, sem necessidade de oxigenoterapia após seis dias e redução progressiva do edema do membro inferior.

Dada a presença de nódulos pulmonares suspeitos e história oncológica prévia, realizou TC toracoabdominopélvica, que mostrou espessamento peritoneal e ascite. O PET confirmou a presença de nódulos pulmonares e adenopatias suspeitas. A RM cranioencefálica não mostrou sinais de metastização. As endoscopias foram normais. A biópsia ganglionar pulmonar confirmou o diagnóstico de tumor miofibroblástico.

O paciente recebeu alta hemodinamicamente estável, sem sinais de sobrecarga cardíaca ou respiratória e com edema do membro inferior em regressão. A PCR encontrava-se a descer. Foram marcadas consultas de seguimento com Pneumologia Oncológica e Medicina Interna.

O TEP é uma manifestação comum de doença tromboembólica em pacientes oncológicos. Neste caso, a investigação revelou um tumor miofibroblástico, uma neoplasia rara que pode mimetizar processos malignos mais agressivos. O diagnóstico correto foi essencial para determinar a abordagem terapêutica adequada. O prognóstico dependerá da evolução clínica e das opções terapêuticas disponíveis para este tipo de tumor.

A presença de TEP em um paciente com histórico oncológico deve sempre motivar investigação adicional. O diagnóstico de tumor miofibroblástico enfatiza a importância de uma abordagem multidisciplinar e do uso criterioso de exames complementares para um diagnóstico preciso e gestão adequada.

Diagnóstico inaugural de Hemocromatose em doente com miocardites de repetição

Carolina Soares Lopes¹; Duarte Lima¹; A. Beatriz Ferreira¹; Filipe Brás de Macedo¹; Teresa Costa Pereira²; Catarina Rodrigues da Silva³; Sofia Moreira-Silva¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE AMADORA/SINTRA

³ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE VISEU DÃO-LAFÕES

Tema: Doenças cardiovasculares

A hemocromatose é uma doença caracterizada pela absorção de ferro excessiva e consequente deposição em vários órgãos, nomeadamente o coração. As manifestações cardíacas mais frequentes são a cardiomiopatia dilatada, disfunção diastólica e distúrbios do ritmo. A miocardite é infrequentemente descrita.

Apresenta-se o caso de um homem de 36 anos, com internamento em 2022 por miocardite aguda, etiologia não identificada. Sem antecedentes familiares de relevo. Em fevereiro e março de 2024 com recidiva de dor torácica. Sem referência a clínica focalizadora de infeção e com contexto epidemiológico incomum. Apresentava subida de troponina, mas eletrocardiograma normal e ecocardiograma com boa função sistólica global, sem alterações da contratilidade segmentar e sem derrame pericárdico. Realizada RMN cardíaca com achados compatíveis com miocardite aguda. Estudo etiológico alargado, com exclusão de etiologia isquémica, imunológica, infecciosa e neoplásica. Contudo, analiticamente com citólise hepática oscilante, com valores de ALT e AST 2 vezes o superior da normalidade e cinética de ferro alterada (ferro 166 ng/mL, saturação de transferrina 76% e ferritina 1385 ng/mL), em avaliações seriadas, pelo que foi levantada a suspeita clínica de hemocromatose. O teste genético identificou mutação homozigótica C282Y, diagnóstica de hemocromatose hereditária ligada ao HFE (tipo 1).

Face aos achados, realizou RMN hepática que demonstrou uma concentração de ferro aumentada, não tendo sido possível quantificar a nível cardíaco. O doente iniciou flebotomias, com boa resposta clínica e analítica, sem novos episódios de miocardite e assintomático do foro cardiovascular um ano após.

Nem sempre a história clínica consegue ajudar no diagnóstico etiológico de miocardite, sendo necessário um estudo exaustivo, principalmente em casos de doença recorrente. O reconhecimento célere da hemocromatose como potencial causadora de patologia cardiovascular permite a implementação precoce de terapêutica capaz de prevenir manifestações recorrentes ou mais graves.

Muito Além do Coração: A Investigação Etiológica da Insuficiência Cardíaca

Cleide José Maria; Rita Sousa; Ana Filipa Martins; Alexandra Mendes; Inês Gonçalves; Mariana Ruivo; Luís Campos; José Maia; Joana Monteiro; Joana Moraes; Rosa Carvalho; Maria João Regadas

HOSPITAL DE BRAGA

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

O reconhecimento precoce da insuficiência cardíaca (IC) e a investigação da sua etiologia são essenciais para um tratamento direcionado. A IC é o reflexo de um processo patológico subjacente. Assim, uma abordagem orientada para a causa torna-se imperativa na prática clínica.

Caso Clínico

Homem de 47 anos, com obesidade e tabagismo ativo, apresentou-se às urgências com dispneia aos esforços, com agravamento progressivo, associada a dispneia paroxística noturna, ortopneia e edema dos membros inferiores. O NT-proBNP estava elevado e o angio-TC tórax excluiu embolia pulmonar. Após tratamento com diurético, foi encaminhado para consulta de medicina interna. Na primeira consulta, apresentava-se na classe III da NYHA, motivando o internamento. A investigação revelou dilatação da aurícula e do ventrículo direito, insuficiência tricúspide grave, pressão sistólica na artéria pulmonar de 57 mmHg e achatamento septal indicando sobrecarga direita. O eco-transesofágico com passagem tardia de poucas microbolhas para as câmaras esquerdas, sugerindo shunt extracardíaco. A TC abdominal revelou sinais de hipertensão (HT) portal. A TC-tórax de alta resolução excluiu alterações do parênquima. Os exames laboratoriais foram negativos para VIH, hepatite viral (VHB e VHC), disfunção tiroideia, sobrecarga de ferro e doença autoimune. Com forte suspeita de HT porto-pulmonar, foi encaminhado para o centro de referência, onde realizou cateterismo e cintigrafia V/P que consolidou o diagnóstico de IC secundária a HT porto-pulmonar. Foi iniciado ambrisentan e, três meses depois, apresentava uma melhoria clínica significativa.

Discussão

Este caso reforça a necessidade de abordar a IC como um fenómeno multifacetado, cuja etiologia deve ser exaustivamente explorada. A HT porto-pulmonar, embora rara, ilustra como um diagnóstico preciso pode alterar radicalmente a estratégia terapêutica. O sucesso clínico depende da identificação precoce, permitindo intervenções que maximizam a qualidade de vida e melhoram os desfechos a longo prazo.

PTT Congênita na Idade Adulta: Um Diagnóstico Raro Desencadeado por Infecção Pneumocócica

Cleide José Maria; Rosário Calado; Cristiana Lopes; Catarina Silva Araújo; Rita Matos; Ana Costa; André Santa Cruz

HOSPITAL DE BRAGA

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A Púrpura Trombocitopênica Trombótica (PTT) é caracterizada por anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e disfunção orgânica devido à formação de trombos na microcirculação. A forma adquirida é causada por autoanticorpos contra a ADAMTS13 e a congênita resulta de mutações no gene ADAMTS13, levando à sua deficiência grave. A PTT congênita, geralmente diagnosticada na infância, pode ser subclínica, até ser desencadeada por infecções, gravidez ou trauma, sendo que em adultos, sua apresentação pode mimetizar a forma adquirida.

Caso Clínico

Mulher, 63 anos, com 3 gestações não complicadas, internada por Doença pneumocócica invasiva. No 5º dia de internamento, desenvolveu bicitopenia progressiva (anemia e trombocitopenia) com hemoptises e epistaxis. Os exames laboratoriais mostraram critérios de hemólise, Coombs negativo, esquizócitos no esfregaço de sangue periférico e ADAMTS13 reduzida (4,1%) sem anticorpos anti-ADAMTS13, sugerindo PTT adquirida pós-infecção. Iniciou-se plasmaferese (PEX), metilprednisolona e caplacizumab, sendo o último suspenso devido a hemorragia grave. O estudo genético posterior identificou mutações bialélicas patogênicas no ADAMTS13 (c.3178>T p(Arg1060Trp)), confirmando o diagnóstico de PTT congênita. A PEX foi suspensa, e a paciente iniciou infusão plasmática com plasma fresco congelado (PFC), com boa recuperação hematológica e de ADAMTS13.

Discussão

A PTT congênita é uma doença ultra-rara, sendo a infecção o *trigger* mais comum na infância e a gestação em adultos. A infecção pneumocócica pode induzir MAT por ativação endotelial e microtrombose, sendo essencial o seu diagnóstico diferencial. A ausência de anticorpos anti-ADAMTS13 e a confirmação genética foram cruciais para o diagnóstico. O tratamento inicial foi adequado à PTT adquirida, entretanto, na forma congênita, a reposição com PFC a longo prazo é essencial. Este caso destaca-se pelo primo-diagnóstico ocorrer em uma paciente sexagenária com histórico de gestações prévias.

Síndrome de Melkerson-Rosenthal - um diagnóstico desafiante

Luísa Martinho Marques; Joana Correia Nunes; Sara Vieira Bernardo; Patrícia Duarte Pires; Rita Ribeiro Vilar; Ana Rita Tomás; João Serôdio; Teresa Branco; Clara Matos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE AMADORA/SINTRA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

O síndrome de Melkerson-Rosenthal (MRS) é uma doença granulomatosa neuro-mucocutânea rara, caracterizada por uma tríade clássica de sintomas: edema orofacial recorrente, parésia facial e língua fissurada. Contudo, os sintomas frequentemente não surgem em simultâneo, o que causa atrasos no diagnóstico na maioria dos casos. Além disso, como a etiologia do MRS não está totalmente esclarecida, não existe um tratamento dirigido ou consensual.

Caso clínico

Homem de 62 anos com história de diabetes, doença arterial coronária e de dois episódios de parésia facial periférica idiopática à direita há cerca de 20 anos, refere quadro de edema periorbitário de agravamento matinal com dois anos de evolução, associado a hipersensibilidade solar e epífora inconstante. Foi avaliado por várias especialidades, tendo realizado tomografia computadorizada da face e ouvidos, radiografia dos seios perinasais e dacriocistografia, sem achados relevantes, para além de espessamento mucoso sinusal. Na avaliação analítica, sem consumo de complemento ou elevação de parâmetros de inflamação, IGRA negativo e doseamento de ECA normal. Realizou então biópsia cutânea, evidenciando pequenos granulomas não necrotizantes na derme, em septos fibrosos e na parede de vasos sanguíneos da hipoderme, com pesquisa negativa para bacilos ácido-álcool resistentes. Admitiu-se assim o diagnóstico de MRS, cumprindo dois critérios clínicos e critério anatomopatológico. Após o diagnóstico, foram instituídas diversas linhas terapêuticas, todas elas insuficientes na gestão da condição, nomeadamente corticóide oral, azatioprina e metotrexato. O doente apresenta atualmente indicação para iniciar terapêutica com biológico.

Discussão

O caso clínico apresentado sublinha a dificuldade do diagnóstico e tratamento desta condição - passaram-se 20 anos desde a data do aparecimento do primeiro sintoma até ao seu diagnóstico e sucessivas linhas terapêuticas mostraram-se ineficazes no controlo sintomático.

Poliglobulia Oscilante induzida por iSGLT2: o impacto em doentes com alto risco cardiovascular

Ana Coimbra; Joana Duarte; Jandira Lima; Lèlita Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A poliglobulia representa um desafio diagnóstico pela multiplicidade de etiologias. Em doentes com Diabetes Mellitus ou Insuficiência Cardíaca, o uso de inibidores do cotransportador de glicose sódica 2 (iSGLT2) é uma recomendação padrão, mas estudos recentes sugerem que podem estimular a eritropoiese e associar-se a eritrocitose, o que complica a gestão terapêutica destes doentes. Assim, a monitorização hematológica torna-se decisiva para identificar e abordar este efeito lateral.

Caso clínico

Homem de 61 anos, encaminhado à consulta de Medicina Interna para investigação de eritrocitose persistente. Com antecedentes de Diabetes Mellitus LADA, Hipertensão arterial essencial, Dislipidémia e Pericardite aguda recidivante, encontrava-se em tratamento com Dapagliflozina 10 mg, Pravastatina/Fenofibrato 40/160mg, Telmisartan 20mg, Metformina + Vildagliptina 1000+50 mg e Insulina Degludec + Aspártica conforme esquema. Não fumador e sem história de roncopatia, apresentava, em análises recentes, hemoglobina de 18,6 g/dL e hematócrito de 56,5%, permanecendo assintomático. Fez extenso estudo complementar que revelou eritropoetina normal, perfil de hemoglobina AA2, pesquisa JAK2 (V617F) negativa, ecocardiograma transtorácico com boa função sistólica e ausência de doença valvular, e estudo do sono que excluiu probabilidade significativa de apneia. Face ao elevado risco cardiovascular, iniciou-se antiagregação com ácido acetilsalicílico 50 mg, contudo logo suspenso devido a epistaxis recorrentes. Posteriormente, a propósito de uma infeção urinária, suspendeu a Dapagliflozina tendo-se observado normalização transitória dos parâmetros. Com a reintrodução do fármaco e a subsequente elevação dos níveis de hemoglobina, confirmou-se o diagnóstico de poliglobulia oscilante adquirida secundária ao iSGLT2, optando-se pela suspensão definitiva do medicamento.

Conclusão

Neste caso, a poliglobulia induzida pelo iSGLT2 foi determinante para reavaliar a terapêutica, optando-se pela sua interrupção, pois o risco associado superava os benefícios. A complexidade do diagnóstico, dada a variedade de causas possíveis, reforça a necessidade de uma abordagem clínica rigorosa e personalizada, que considere o equilíbrio entre riscos e vantagens na utilização dos iSGLT2.

Eritema nodoso, um caso à flor da pele

Ana Carina Baldino; Patrícia Serpa Soares; Pedro Costa

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO

Tema: Outro

Introdução

O eritema nodoso pode manifestar-se em qualquer idade e género, contudo é mais comum em mulher na 3ª década de vida. Esta patologia corresponde a uma reação de hipersensibilidade tardia traduzida por manifestações cutâneas. Existem diversos factores desencadeantes, no entanto a maioria é idiopática e com resolução espontânea após remoção do trigger.

Caso clínico

Doente do sexo feminino, 49 anos que recorreu ao serviço de urgência por surgimento de lesões nodulares hiperpigmentadas com cerca de 4cm de diâmetro na face anterior de ambas as pernas com edema e calafrios associados com cerca de 1 semana de evolução. Doente refere ainda quadro sugestivo de gastroenterite aguda e a toma de terapêutica com progesterona 100mg em óvulos cerca de 4 semanas antes do quadro. A avaliação analítica não apresentou alterações de relevo, assumindo-se a hipótese diagnóstica de Eritema nodoso, pelo que se optou por medicar com anti-inflamatório não esteroide e estudo complementar em ambulatório. Na consulta de follow-up a doente apresentava lesões cutâneas em regressão com manutenção de edema e dores nas grandes articulações. O estudo completar permitiu a exclusão de patologia doença inflamatória intestinal, outras patologias autoimunes ou infecciosas, pelo que se assumiu como facto desencadeante mais provável a terapêutica com progesterona. Foi ainda realizada biópsia cutânea que corroborou o diagnóstico de Eritema nodoso. Cerca de 2 meses após a primeira observação e suspensão da terapêutica com progesterona, a doente apresentou franca melhoria clínica.

Conclusão

A maioria dos casos de eritema nodoso são idiopáticos e com resolução espontânea, sendo a determinação da etiologia um desafio diagnóstico.

Adenopatia cervical como apresentação de plasmocitoma extramedular

Patrícia Tinoco Araújo; Ana Frederica Parente; António Ferreira; Diana Guerra; Carmélia Rodrigues

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

Plasmocitoma extramedular (PE), trata-se de uma lesão tumoral plasmocitária única ou múltipla, na maioria dos casos localizada no osso, podendo também surgir em tecidos moles.

Caso Clínico

Masculino, 48 anos. Ex-fumador. Tumefação cervical esquerda desde Nov/2024, móvel, indolor. Sem febre ou perda ponderal. Ecografia cervical (7/1/2025): estrutura nodular sólida infra-maxilar esquerda de 31mm (adenopatia complicada por processo inflamatório/infiltrativo). Encaminhado à consulta de Medicina Interna (23/01): adenopatia inframaxilar isolada, móvel e indolor; sem outras adenopatias palpáveis, orofaringe com hipertrofia da amígdala esquerda. Análises: hemograma e esfregaço do sangue periférico, VS e LDH normais, PCR <0.1mg/dL, imunoglobulinas, eletroforese e imunofixação de proteínas sem alterações, serologias negativas. TC cervical e TAP (27/01): assimetria com obliteração da valécula esquerda por aparente massa heterogénea que envolve a epiglote - possível lesão neoformativa; volumosa adenopatia heterogénea no nível II esquerdo com 26x30mm. Biópsia de adenopatia cervical solicitada previamente a conhecimento de alteração em TC (28/01) – histologia: proliferação de células plasmocitóides, estudo cadeias leves inconclusivo; imunofenotipagem com células B e T de fenótipo normal; PCR micobactérias negativo, bacteriológico com isolamento de *Staphylococcus capitis* (provável contaminação). Observado por ORL a 10/02: lesão da amígdala esquerda biopsada. Histologia (18/02): PE com restrição de cadeias leves lambda. Aguarda consulta de Hemato-Oncologia. PET (21/02): hipermetabolismo moderado na amígdala palatina esquerda e em adenomegalia submandibular ipsilateral.

Discussão

Os PE solitários são uma patologia rara, de localização mais frequente na cabeça e pescoço. Apesar de tratamento (na maioria apenas radioterapia), pode ocorrer evolução em cerca de 15% dos casos para mieloma múltiplo.

Porfiria Cutânea Tarda familiar, a relevância do teste genético ilustrada em caso clínico

Francisco Ferrer Antunes; Simão Gaspar; Carlos Silva; Lèlita Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

A porfiria cutânea tarda (PCT) caracteriza-se por manifestações cutâneas incluindo erupções crónicas em zonas expostas ao sol, possível envolvimento hepático com elevação das transaminases, sobrecarga de ferro, fibrose e aumento do risco de carcinoma hepatocelular. A sua forma esporádica é clinicamente indistinguível da forma hereditária e, sendo a penetrância baixa, partilha dos mesmos factores de susceptibilidade como o consumo alcoólico, a sobrecarga de ferro e a hepatite C.

Relata-se caso de homem, 76 anos, com lesões bolhosas e erosões no dorso das mãos e hiperpigmentação das zonas fotoexpostas com 8 meses de evolução acompanhadas de fadiga, anorexia e náuseas. Antecedentes pessoais de doença renal crónica 3b (rim único), litíase renal. Ex-fumador sem consumo alcoólico. Antecedente familiar de irmão transplantado hepático (causa desconhecida). Apresentava elevação da enzimologia hepática de perfil misto sem disfunção hepática e hiperferritinemia com saturação de transferrina inferior a 50%. RM hepática sem sobrecarga de ferro no fígado ou baço e esteatose hepática ligeira. Doseamento urinário revelou níveis elevados de porfirinas, uroporfirinas e coproporfirinas. A biópsia cutânea revelou histologia compatível com lesões de porfiria. O painel genético do metabolismo do ferro e da porfiria (PGMFP) comprovou heterozigotia para a variante patogénica UROD: c.942G>A - associada a PCT familiar, de transmissão autossómica dominante - sem mutações de genes do metabolismo do ferro. Implementou-se plano de flebotomias, hidroxicloroquina, fotoproteção e suspensão de fármacos porfirinogénicos, resultando em melhoria gradual das lesões cutâneas e normalização da enzimologia hepática ao longo de 2 anos. Foi encaminhado para aconselhamento genético.

Apesar do diagnóstico de PCT ser baseado em achados clínicos e bioquímicos, o estudo deve incluir PGMFP para distinção das formas esporádicas e familiares, permitindo vigilância adequada e redução do risco de complicações graves.

Défices neurológicos agudos com VIH inaugural: AVC ou algo mais?

Ricardo Ascensão¹; João Crespo Santos²; Catarina Domingues¹; Bruno Campos¹; Joana Raquel Monteiro¹; Renato Saraiva¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE LEIRIA

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

A leucoencefalopatia multifocal progressiva (PML) é uma doença rara do sistema nervoso central, causada pela reativação do vírus JC em imunodeprimidos, especialmente em doentes com síndrome de imunodeficiência adquirida. Caracteriza-se por desmielinização da substância branca e manifesta-se tipicamente com alteração do estado de consciência, défices motores, ataxia e alterações visuais. Pode, no entanto, apresentar-se de forma mais aguda, simulando um evento cerebrovascular.

Caso Clínico

Homem, 55 anos, previamente autónomo, sem antecedentes patológicos de relevo nem medicação crónica, recorre ao serviço de urgência por desequilíbrio na marcha, disartria e ataxia com um dia de evolução. A história clínica revelou apenas antecedentes epidemiológicos de permanência em Angola e comportamentos sexuais de risco. A TAC crânio-encefálica não revelou alterações agudas. Face à persistência dos sintomas, foi admitido por suspeita de AVC minor. O teste VIH foi positivo, e constatou-se uma contagem de CD4 de 134 células/ μ L. A ressonância magnética crânio-encefálica mostrou lesões compatíveis com PML, romboencefalite ou encefalopatia pelo VIH. A análise do líquido cefalorraquidiano confirmou a presença do vírus JC, estabelecendo o diagnóstico de PML. Iniciou terapêutica antirretroviral, mas com fraca melhoria do ponto de vista neurológico.

Discussão

Este caso exemplifica um *stroke mimic*, reforçando a importância de um diagnóstico diferencial abrangente em doentes com sintomas neurológicos agudos. Embora o AVC seja uma das principais suspeitas na prática clínica de urgência, a ausência de achados imagiológicos típicos deve levar à consideração de outras etiologias. A PML, cuja apresentação clínica depende da localização das lesões na substância branca, requer sempre confirmação laboratorial para um diagnóstico definitivo. Importa salientar que, mesmo após a instituição de terapêutica adequada, a recuperação neurológica pode ser limitada, dado o carácter irreversível da destruição da mielina e a ausência de tratamentos específicos para a PML.

Abcesso do Psoas e Fístula Cutânea: Um Caso Atípico de Tuberculose Extra-pulmonar

Ricardo Ascensão; Nádia Santos; Catarina Domingues; Bruno Campos; Joana Raquel Monteiro; Renato Saraiva

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE LEIRIA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A tuberculose é uma doença que na sua condição extra-pulmonar pode atingir qualquer órgão, sendo no entanto, o músculo ilio-psoas uma localização incomum, sobretudo sob a forma de abcesso. A disseminação hematogénica do *Mycobacterium tuberculosis* pode resultar na formação de coleções purulentas profundas, frequentemente associadas a espondilodiscite e fístulas cutâneas, o que torna o diagnóstico e o tratamento um verdadeiro desafio.

Caso Clínico

Um homem de 27 anos, natural da Índia, deu entrada no Serviço de Urgência com queixas de dor lombar persistente. Relatava antecedentes de tuberculose pulmonar previamente tratada durante oito meses no seu país de origem.

Ao exame físico, destacavam-se duas fístulas na região lombar esquerda com drenagem purulenta ativa. A tomografia computadorizada revelou uma coleção abcedada extensa no músculo ilio-psoas esquerdo, com 15 cm de extensão, além de outras coleções na região pélvica e no músculo obturador interno, algumas das quais com comunicação entre si. Foi iniciada terapêutica tuberculostática com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol. O estudo microbiológico confirmou infeção por *M. tuberculosis* multissensível. Durante o internamento, verificou-se melhoria clínica progressiva, embora com persistência do trajeto fistuloso. O encerramento espontâneo ocorreu apenas um ano após a alta, sem necessidade de intervenção cirúrgica adicional.

Discussão

O abcesso do psoas de etiologia tuberculosa representa um desafio diagnóstico, dado o seu quadro clínico inespecífico. Esta entidade pode facilmente ser confundida com possíveis infecções pélvicas, abscessos piogénicos ou mesmo processos neoplásicos, tendo a confirmação laboratorial sido crucial para estabelecer o diagnóstico. O tratamento apresenta resposta variável e, em alguns casos, pode ser necessário recorrer a drenagem cirúrgica. Estes casos requerem acompanhamento próximo de forma a evitar complicações a longo prazo e garantir o encerramento completo das fístulas.

Neuropatia Periférica Alcoólica: Da Presunção Clínica à Complexidade do Diagnóstico Diferencial

Ana Filipa Martins; Rita Matos Sousa; Cleide José Maria; Inês Brito Gonçalves; Alexandra Mendes; Mariana Ruivo; Rosa Carvalho; Joana Moraes; Maria João Regadas

HOSPITAL BRAGA

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

A neuropatia periférica alcoólica é uma complicação frequente relacionada com o consumo abusivo e prolongado do álcool. Habitualmente trata-se de polineuropatia sensitivo-motora simétrica, com predomínio distal. É importante realizar um estudo completo de forma a excluir possíveis diagnósticos diferenciais alternativos.

Caso Clínico

Homem de 45 anos, com antecedentes de consumo abusivo de álcool, desenvolveu quadro agudo de parestesias e dor neuropática intensa nos membros inferiores, evoluindo para pé pendente bilateral e ataxia da marcha. Foi realizado estudo etiológico exaustivo, com estudo analítico incluindo rastreio de défices vitamínicos (com particular enfoque na vitamina B12), avaliação da função tiroideia, serologias víricas, eletroforese de proteínas e marcadores autoimunidade (ANA), complementada por punção lombar e eletromiografia (EMG). Pela EMG pouco conclusiva e presença de proteinorraquia, não foi possível excluir, numa fase inicial, a possibilidade de Síndrome de Guillain-Barré, motivo pelo qual foi instituído tratamento com imunoglobulina, pesando risco e benefício. No entanto, pela conjugação da evolução clínica e antecedentes pessoais tornou-se mais plausível a hipótese de neuropatia tóxica associada ao álcool. Após evicção de consumo do álcool e reabilitação física doente apresentou melhoria clínica paulatina, no entanto não apresentou adesão ao tratamento a longo prazo.

Discussão

Este caso reforça a importância de um diagnóstico diferencial exaustivo e da abordagem multidisciplinar, ilustrando a extensa gama de diagnósticos diferenciais a considerar perante um quadro de polineuropatia periférica. Em doentes com histórico de consumo abusivo de álcool, torna-se ainda mais crucial a realização de um diagnóstico diferencial completo, uma vez que este antecedente pode funcionar tanto como fator confundidor, como um dado chave para sustentar o diagnóstico. O prognóstico depende da abstinência alcoólica e da adesão à reabilitação física.

Síndrome de Eagle: Uma Causa Incomum de Dissecção Carotídea

Bárbara Barreto Laczkovits; Ricardo Jorge Sousa; Carolina Cerqueira; Marta Graça; Nuno Cerejeira; Luísa Veiga de Sousa; Diogo Fitas; Teresa Medeiros

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

A síndrome de Eagle (SE) é uma condição rara caracterizada pelo alongamento sintomático da apófise estilóide ($\geq 2,5\text{cm}$) ou pela mineralização dos ligamentos estilo-hióideo ou estilomandibular. A bilateralidade é comum e associa-se a um aumento do risco de dissecção carotídea em 4 vezes. A sua etiologia não é totalmente conhecida.

Caso clínico

Doente de 52 anos com antecedentes de neoplasia gástrica sem sinais de recidiva (após quimioterapia e gastrectomia total), admitida no serviço de urgência por afasia motora, hemianópsia homónima direita e parésia facial central direita. A tomografia computadorizada (TC) encefálica não revelou alterações, enquanto a angioTAC demonstrou estenose significativa do segmento bulbar da artéria carótida interna esquerda, com oclusão cervical alta, e irregularidades do segmento M2 proximal da artéria cerebral média esquerda, com trombo endoluminal parcialmente recanalizado. Iniciou trombólise e foi transferida para outro centro para trombectomia mecânica. A angiografia revelou afilamento pós-bulbar da artéria carótida interna cervical esquerda, sugestivo de dissecção, e trombo suboclusivo em M1 à esquerda. Devido à presença de área de isquemia insular e opercular frontotemporal decidiu-se limitar a intervenção à zona da dissecção. O paciente apresentou melhoria de défices, mantendo apenas afasia motora ligeira. O estudo complementar com Ecodoppler revelou sinais indiretos de oclusão distal da carótida interna em local não acessível ao exame. Realizou TC toraco-abdominal-pélvico sem alterações de relevo. A TC cervical demonstrou apófises estilóides alongadas (3,5cm bilateralmente), compatível com SE. Aguarda intervenção cirúrgica.

Conclusão

A síndrome estilocarotídea, uma variante vascular rara de SE, e a dissecção carotídea são complicações incomuns. Neste caso, a apresentação do quadro foi com sintomas neurológicos agudos, sem outros sintomas típicos de SE.

Esclerose lateral amiotrófica em idade tardia

João Francisco Abrantes; Pola Marchewczyk; Hugo Morais Cecílio; Rúben Alves Simões; Sofia Romão; Lígia Peixoto

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

A Esclerose Lateral Amiotrófica é uma doença neurodegenerativa rara, com uma prevalência estimada entre 3.1 e 8.4 por 100000 pessoas. Estudos recentes mostram que a idade média de aparecimento é entre os 54 e os 69 anos. A apresentação após os 80 anos é rara.

Caso clínico

Mulher de 87 anos, autónoma nas atividades de vida diária, contexto prévio de dispneia e cansaço para médios esforços com agravamento progressivo associada a anorexia, perda ponderal e disfagia para líquidos, com 5 meses de evolução. Admitida no Serviço de Urgência (SU) por agravamento do cansaço e dispneia associada a recusa alimentar, prostração com períodos de confusão mental e evidência de cianose labial. De exames complementares de diagnóstico, a destacar insuficiência respiratória global com necessidade de ventilação não invasiva (VNI) e TC tórax compatível com pneumonia de aspiração. Admitida a internamento, tendo-se, entretanto, aferido atrofia e fasciculações da língua, músculos deltoides e membros inferiores, atrofia das eminências tenares, reflexos patologicamente vivos nos quatro membros (sinais sugestivos de lesão do primeiro e segundo neurónio), disfonia, disfagia para líquidos e insuficiência respiratória global. Sem alterações de funções neurológicas superiores. O estudo de perfil de demências foi negativo. Dado achados clínicos sugestivos de doença do neurónio motor, realizou eletromiografia (EMG) que confirmou aspetos compatíveis com doença do neurónio motor – Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA). A TC cervical não evidenciava alterações sugestivas de compressão medular. A doente teve alta em D9 de internamento em ar ambiente com indicação para realizar VNI durante a noite. Foi referenciada para a consulta de Neurologia e Pneumologia.

Discussão

Este caso evidencia a apresentação de ELA numa idade atípica. A suspeita clínica implica um conjunto de sinais e sintomas, não existindo biomarcadores, o que pode atrasar o diagnóstico. O tratamento é multidisciplinar e o prognóstico é desfavorável.

Acidente Vascular Cerebral como manifestação de Endocardite Infeciosa: Um Diagnóstico Desafiante

Patrícia Varanda Dias; Diogo Macedo; Patrícia Fonseca Ribeiro; Renata Maçano; Mariana Fidalgo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

O acidente vascular cerebral (AVC) isquémico tem como causas mais frequentes o risco vascular (pela aterosclerose) e a fibrilhação auricular. A endocardite infecciosa (EI) é uma causa rara de AVC, mas uma patologia com elevada taxa de morbimortalidade.

Caso Clínico

Homem, 55 anos, antecedentes de tabagismo e consumo toxifílico endovenoso, recorre ao serviço de urgência por desequilíbrio com 1 dia de evolução e febre intermitente há 2 semanas. Ao exame objetivo apresentava, paralisia facial central esquerda e défice motor ligeiro no membro inferior esquerdo (NHISS 2). Analiticamente com $13,21 \times 10^3/\mu\text{L}$ leucócitos (90,2% neutrófilos) e proteína C reativa 9,77 mg/dL. TC cranioencefálica sugestiva de AVC isquémico da artéria cerebral média direita. Fez trombectomia, sem complicações. Hemoculturas com isolamento de *Streptococcus viridans*. Eco transesofágico com sinais de EI das válvulas aórtica e mitral. Foi submetido a valvuloplastia aórtica e mitral e cumpriu no total 6 semanas de antibioterapia dirigida com ceftriaxone, evoluindo favoravelmente, com recuperação neurológica completa.

Discussão

A embolização sistémica na EI está descrita em 13-44% dos doentes, envolvendo a circulação sistémica particularmente na EI esquerda mitral. As complicações neurológicas são as mais frequentes entre as extracardíacas (cerca de 20% das EI), traduzindo-se em quadros clínicos variados. O uso de drogas endovenosas está mais frequentemente associado a EI direita, ocorrendo à esquerda em apenas 20% dos casos. O doente não apresentava outros fatores de risco para EI, como dispositivos intravasculares ou cardíacos ou tratamentos dentários recentes.

Conclusão

A EI deve ser considerada precocemente no diagnóstico etiológico de AVC, particularmente em doentes com fatores de risco. Nestes, sempre que realizada trombectomia, deve ser enviado o trombo para microbiologia. A abordagem integrada permitiu o diagnóstico, tratamento dirigido e recuperação funcional completa.

Vasculite ANCA MPO - O Título Importa?

Bárbara Barreto Laczkovits¹; Carolina Maia Nogueira²; Filipa Soares³; Joana Soares Mendonça¹; Margarida Vieira³; Maria João Vilela²; Sandra Silva¹; Joana Simões¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

³ INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A vasculite associada a anticorpo anti-citoplasma do neutrófilo (ANCA) mieloperoxidase específica (MPO) é caracterizada por inflamação vascular sistémica, predominantemente dos pequenos vasos, atingindo mais frequentemente a vasculatura pulmonar e renal.

Homem de 71 anos, hipertenso, diabético e dislipidémico, admitido por desorientação e deterioração do estado geral com astenia, anorexia e febre com 2 semanas de evolução. Analiticamente: Anemia (normocítica e normocrómica, não hemolítica), elevação dos parâmetros inflamatórios, lesão renal aguda (LRA) com Cr 3,8mg/dL, eritroleucocitúria e rácio proteína/creatinina 4,54mg/mg. Assumida urossépsis, com melhoria inicial com antibioterapia. Evoluiu com hipertensão de difícil controlo e AVC isquémico com hemiparésia esquerda – AngioTC com lesão congruente, sem trombo. Sem janela para trombólise, optado por aspirina e clopidogrel. Manteve agravamento da LRA, com Cr de 7,3mg/dL e oligúria. Suspeitou-se assim de doença auto-imune, nomeadamente processo vasculítico. Alargado estudo, iniciou pulsos de metilprednisolona ev e iniciou hemodiálise (HD). Não efetuada RMN cerebral por presença de metal. Observado muito alto título de anticorpos ANCA MPO. Iniciou plasmafiltração e esquema de indução com rituximab. Apesar do tratamento, desenvolveu disfunção respiratória e anemia agravada que exigiu suspensão de antiagregação. Constatou-se hemorragia alveolar (TC sugestiva e broncofibroscopia com hemorragia). O título de MPO mantinha-se elevado pelo que se repetiram pulsos de corticóide, plasmafiltração e associou-se ciclofosfamida ao esquema de indução. Evolução favorável com melhoria neurológica, respiratória e da inflamação, mas manteve necessidade de HD.

A vasculite ANCA é uma entidade multi-sistémica ocasionalmente com atingimentos menos típicos (AVC isquémico) e evolução por vezes imprevista como hemorragia alveolar de novo em doente já sob terapêutica dirigida. Equacionamos, assim, potencial papel da patogenicidade dos ANCA.

Tromboembolismo venoso em doente jovem: alerta para o diagnóstico de uma trombofilia autoimune rara

João Francisco Abrantes; Ana Rita M. Figueiredo; Hugo Morais Cecílio; Miguel Chamusco Bernardino; Carlota Santos Pinto; Lúgia Peixoto

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A síndrome de anticorpos antifosfolípidos (SAAF) é uma trombofilia autoimune de etiologia mal definida que condiciona trombozes vasculares e complicações gestacionais.

Caso clínico

Mulher, 27 anos, habitualmente medicada com contraceptivo oral combinado, descreve edema do membro inferior esquerdo com 2 meses de evolução, associado a tosse seca desde há 2 semanas. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) dada síncope após esforço associada a traumatismo crânio encefálico, sendo descrita rápida recuperação de consciência mas com dispneia súbita, tonturas, palpitações e sudorese, subsequentes. À admissão no SU, com taquicardia sinusal, hipoxemia e padrão S1Q3T3 no ECG, com Score Wells TEP 7,5 pontos (elevado risco). Realizou AngioTC-Tórax que revelou tromboembolismo pulmonar central, com disfunção de ventrículo direito (VD) confirmada em ecocardiograma transtorácico e elevação de troponina e NT-proBNP (valor máximo 277ng/L e 1311pg/mL, respetivamente). Ecodoppler venoso dos membros inferiores com evidência de trombose venosa profunda bilateralmente. Instituída terapêutica com enoxaparina 1mg/Kg de 12/12h, tendo sido admitida no Serviço de Medicina Intensiva para vigilância mais apertada em doente com risco intermédio-alto. Sem indicação para trombólise. Por manter estabilidade clínica é transferida para o internamento de medicina interna com progressiva melhoria clínica, laboratorial e ecocardiográfica (sem dilatação do VD). Atualmente com seguimento em consulta de doenças autoimunes, com o diagnóstico inaugural de SAAF triplo positivo, cumprindo 2 critérios clínicos – 3 pontos (incluindo-se TEV em doente de alto risco-1; trombocitopenia-2) e critérios laboratoriais- 12 pontos (determinação persistentemente positiva de anticoagulante lúpico- 5; títulos elevados de anti-B2-glicoproteína IgG e anticorpos anticardiolipina IgG-7), com anticorpo anti-dsDNA positivo sem clínica sugestiva de Lúpus Eritematoso Sistémico (LES), medicada com antagonista da vitamina K.

Discussão

SAAF é uma trombofilia rara que deve ser sempre considerada em doente com eventos trombótico venosos e/ou arteriais, pois o seu diagnóstico e tratamento atempados têm implicação morti/morbilidade destes doentes.

Espondilodiscite e Abscesso Psoas: O Desafio Diagnóstico de uma Neoplasia Gastrointestinal Subjacente

Sofia Festa; Adriana Pereira Almeida; Inês Rafael Marques; Sara Marques Silva; Inês de Albuquerque Monteiro; Sofia Teixeira; Pedro Macedo Neves

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE MÉDIO AVE

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

A espondilodiscite com abscesso do psoas é uma condição frequentemente provocada por infeções bacterianas, podendo também ser secundária a neoplasias, nomeadamente o carcinoma do cólon. Este caso ilustra uma associação rara entre espondilodiscite, abscesso psoas e adenocarcinoma do cólon, com bacteriemia a *Enterococcus faecium*.

Caso Clínico

Homem 83 anos, previamente autónomo, recorreu ao serviço de urgência, por dor lombar e dificuldade progressiva da marcha. Antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade e insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada. Do estudo realizado: analiticamente com parâmetros inflamatórios elevados e hemoculturas positivas para *Enterococcus faecium* sensível a vancomicina e linezolide; Tomografia Computorizada à coluna lombar com espessamento das partes moles perivertebrais à direita em L3-L4, sugerindo espondilodiscite com abscesso do psoas; Punção do abscesso do psoas, sem identificação microbiológica; Ressonância Magnética da coluna confirmou osteomielite com envolvimento endocanal e coleções abcedadas no psoas. A antibioterapia foi ajustada para doses meníngeas. Durante a investigação adicional, realizou colonoscopia com identificação de adenocarcinoma do cólon. Melhoría analítica e clínica, tendo o doente sido encaminhado para seguimento em consulta de oncologia.

Discussão

A espondilodiscite com abscesso do psoas é frequentemente de etiologia infecciosa, mas pode também ter etiologia neoplásica, que embora rara, deve ser considerada. O carcinoma do cólon surge, assim, como uma causa rara de espondilodiscite secundária. A translocação bacteriana devido a tumores gastrointestinais pode resultar em infeções graves, sendo a identificação precoce crucial para evitar atrasos quer no diagnóstico, quer no tratamento. Serve este caso para sublinhar a importância de uma investigação abrangente, especialmente em doentes idosos com infeções atípicas.

Quando o Sistema Nervoso nos dá o Alerta: Infecções Oportunistas e o diagnóstico de SIDA

Sílvia Ferreira Oliveira; Adriana Basílio; Alexandra Azevedo; Rita S. Xavier; Filipa Guedes; Joana Barros

CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO AVE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) resulta da infeção crónica pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH). Compromete o sistema imunológico havendo maior suscetibilidade a infeções oportunistas. Em estadios mais avançados, a imunossupressão favorece o desenvolvimento de complicações neurológicas, como a meningoencefalite, que pode ser causada por diferentes agentes, nomeadamente vírus e bactérias. O diagnóstico e abordagem precoces são fundamentais para a gestão destes casos.

Caso-clínico

Mulher, 59 anos. Autónoma e cognitivamente bem. Múltiplos parceiros sexuais. Nas 2 semanas prévias à vinda ao serviço de urgência (SU) com alteração da visão no olho direito e défice motor da mão direita, tendo sido observada em Hospital no estrangeiro e tendo recuperado destes défices. Segundo a filha já nessa altura lentificada, apática, com alteração do comportamento. Trazida ao serviço de urgência por manter quadro. Ao exame objetivo hipertensa, sem outras alterações, nomeadamente no exame neurológico. Realizou angio-TC de crânio que relevou lesão isquémica subaguda caudado-radiada esquerda. Ainda no SU com pico febril. Realizada punção lombar com pressão de abertura normal e saída de líquido tipo água de rocha. Apresentava líquido cefalorraquidiano com pleocitose, consumo de glicose e proteinorraquia. Painel PCR positivo para CMV. Do estudo pedido, antigénio + anticorpos VIH 1 + VIH 2 positivos. Portanto doente com Encefalite por CMV, com diagnóstico de novo de SIDA. ADA no LCR positiva. Iniciou Ganciclovir e antibacilares. Ao 7º dia de internamento com agravamento neurológico e necessidade de entubação orotraqueal. Transferida para Unidade de Cuidados Intensivos onde acabou por falecer.

Conclusão

Este caso clínico mostra a complexidade e a gravidade das infeções oportunistas em doentes com SIDA, particularmente quando envolvem o sistema nervoso central. É necessário identificar precocemente infeção por VIH, nomeadamente através da identificação de grupos de risco.

AVC por embolia paradoxal

Guilherme Sacramento¹; Beatriz Chambino²; Sérgio Brito²; Cristiana Camacho²; Miguel Trindade²; Filipa Nunes²; Marta Lopes²; José Campillo²; Teresa Mesquita²

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LISBOA OCIDENTAL

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE AMADORA/SINTRA

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A embolia paradoxal é uma situação em que um coágulo venoso atinge a circulação arterial pela presença de uma alteração cardíaca como uma comunicação interauricular ou por um foramen ovale patente que permitem um shunt direito-esquerdo.

Uma mulher de 43 anos com antecedentes pessoais de anemia ferropénica e cirurgia de bypass gástrico apresentou-se no serviço de urgência por astenia e náuseas. Ao exame objectivo destacava-se oftalmoparesia na adução do olho direito apresentando nistagmo horizontal a levoversão com movimentos sacádicos na direção do olhar. Não apresentava perda de força assimétrica dos membros, sem dismetrias na prova dedo-nariz, apresentando, contudo, disartria atáxica. Realizou tomografia computacional (TC) de crânio que evidenciou hipodensidades cerebelosas bilaterais com predomínio à direita em relação com lesão isquémica recente no território vertebrobasilar envolvendo as artérias cerebelosas superiores bilateralmente e a artéria cerebelosa postero inferior direita. A AngioTC revelou possível disseção focal da artéria vertebral direita (transição V3-V4), com imagem de flap intimal e provável trombo adjacente. Ficou internada para estudo de Acidente Vascular Cerebral (AVC) em doente jovem. Dos exames complementares de diagnóstico a destacar ecocardiograma transtorácico com um septo interauricular fino e móvel, sem presença de trombos ou massas intracavitárias. Foi feito um teste de soro agitado que documentou a passagem significativa de bolhas para as cavidades esquerda. Realizou ecocardiograma transesofágico que confirmou a presença de foramen ovale patente. Ainda em internamento a doente realizou AngioTC de tórax que documentou a presença de tromboembolismo nas bases pulmonares, tendo sido iniciada anticoagulação terapêutica.

O caso descrito ilustra uma das causas de AVC no doente jovem. Torna-se um caso de relevo porque para além de um AVC pela presença de um foramen ovale patente, a doente apresentava um tromboembolismo pulmonar que levou a uma embolia paradoxal.

O contributo do controlo metabólico no diagnóstico diferencial

Marta Castro Tomé; Sara de Sousa; Ana P. Ferro

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A síndrome metabólica reflete a interação entre fatores epigenéticos e comportamentais, associando-se a patologias como diabetes tipo 2 (DM2), dislipidemia, hipertensão arterial (HTA) e obesidade. Estas doenças aumentam o risco de desenvolver *metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease* (MASLD), que pode evoluir em doença hepática crónica e hepatocarcinoma.

Caso clínico

Mulher de 79 anos, com antecedentes de DM2 (HbA1c 8,7%) sob antidiabéticos orais com complicações microvasculares, HTA controlada, dislipidemia (C-LDL 97 mg/dL), obesidade e perímetro abdominal de 109 cm, tiroidite de Hashimoto e psoríase. Sem hábitos alcoólicos. Foi encaminhada para consulta de Medicina Interna por alterações no perfil hepático: aspartato aminotransferase 174 U/L, alanina aminotransferase 176 U/L, gama glutamil transferase 108 U/L, fosfatase alcalina e bilirrubina total normais. A ecografia abdominal revelou achados sugestivos de hepatopatia crónica e a elastografia indicou rigidez hepática de 7.87 kPa. Estudo imunológico com anticorpos antinucleares 1/160, anticorpos anti-músculo liso 1/160 e IgG elevada, com serologias víricas negativas. As hipóteses diagnósticas foram hepatite autoimune e MASLD. Por recusar realizar biópsia hepática foram sugeridas mudanças do estilo de vida e otimizada a terapêutica (início de agonista dos recetores GLP-1 e estatina de alta potência). Em 2 anos, perdeu 9% do peso corporal, melhorou o controlo da DM2 (HbA1c 7,4%), do perfil lipídico (C-LDL 44 mg/dL) e verificou-se a normalização das enzimas hepáticas. Pela melhoria foi assumido tratar-se de MASLD.

Discussão

Este caso destaca a importância do controlo metabólico na MASLD, evidenciando que a perda ponderal, associada ao controlo glicémico e lipídico, não só resultou na normalização do perfil hepático, como apresentou benefícios sistémicos significativos. Dada as múltiplas comorbilidades e a complexidade da doente, o estabelecimento de prioridades de intervenção foi fulcral, já que permitiu fazer o diagnóstico diferencial.

Do volante para a diálise: O Impacto da Automedicação na Função Renal

Sílvia Ferreira Oliveira; Alexandra Silva Azevedo; Adriana Basílio; Margarida Arantes Silva; Isabel Novo; Joana Barros

CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO AVE

Tema: Doenças renais

Introdução

A nefrite intersticial aguda (NIA) é uma inflamação do interstício renal, frequentemente associada ao uso de fármacos como os anti-inflamatórios não esteroides (AINES). Estes fármacos podem induzir uma reação imunológica que compromete a função renal. O seu diagnóstico pode ser um desafio, baseando-se na história clínica, exames laboratoriais e exclusão de outras causas, com tratamento focado na interrupção dos AINES e suporte renal.

Caso-clínico

Homem, 50 anos. Autónimo. Motorista de pesados. Antecedentes pessoais de obesidade, DM2, SAOS e história de litíase renal. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro de dor lombar e hematúria com 2 semanas de evolução. Como estava em trabalho no estrangeiro, ter-se-á automedicado com Metamizol, Ibuprofeno e Butilescopolamina, até regressar no seu camião a Portugal. Passados alguns dias expulsou um cálculo renal. Nos 3 dias prévios à admissão com agravamento clínico, com náuseas, vómitos, oligúria e um pico febril isolado (38°C). Quando chegou a Portugal, veio ao SU. Na admissão apresentava hematúria. Sedimento urinário com critérios de infeção do trato urinário. Gasimetria arterial com pH normal, HCO₃ 19.2mmol/L, pCO₂ 29mmHg. Analiticamente creatinina 8.33mg/dL. Pesquisa de eosinófilos na urina positiva. FeNa11%. TC-abdomino-pélvica sem alterações. Assumida NIA com dúvida se componente infeccioso presente. Discutido caso com Nefrologia e iniciada terapêutica com ceftriaxone, fluidoterapia, furosemida e bicarbonato. Posteriormente foi isolado na urocultura o agente *Proteus Mirabilis*. Evoluiu com diminuição de parâmetros inflamatórios e agravamento progressivo da função renal (creatinina máxima 15.3mg/dL), mantendo acidose e oligúria. Transferido para Nefrologia para início de diálise intermitente.

Conclusão

Este caso vem salientar a importância da NIA como uma complicação associada ao uso de AINES. O seu diagnóstico precoce, é essencial para uma gestão eficaz. Neste caso apesar de suspensão dos fármacos causadores e suporte inicial, foi necessário avançar para diálise. Demonstra ainda que é necessário investir na literacia em saúde, nomeadamente, para os fármacos não sujeitos a receita médica.

Colite colagenosa - uma causa não tão comum de lesão renal aguda

Iara Fazenda; Daniel Lima Alves; Eduardo Viana; António Cardoso Fernandes; Ana Frederica Parente; Patricia Araújo; Joana Costa Lemos; Sara Armelim Alves; Alexandra Esteves; Diana Guerra; Carmélia Rodrigues

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

A colite colagenosa é uma doença inflamatória crónica do cólon caracterizada por diarreia aquosa, não sanguinolenta. O seu diagnóstico representa um desafio pela ausência de marcadores laboratoriais específicos e pelo aspeto macroscopicamente normal da mucosa na colonoscopia, dependendo exclusivamente do estudo histológico para confirmação diagnóstica.

Mulher, 71 anos, previamente autónoma, admitida no Serviço de Urgência por oligúria, anorexia e confusão mental. Apresentava diarreia aquosa com vários meses de evolução, acompanhada de perda ponderal significativa (15kg). Três semanas antes tinha realizado colonoscopia para esclarecimento etiológico da diarreia. À admissão apresentava-se clinicamente desidratada, com compromisso renal agudo (creatinina 12,34mg/dL, valor basal 1,15mg/dL; ureia 274mg/dL), hipocaliemia (potássio 2,4mmol/L) e parâmetros inflamatórios elevados. A ecografia renovesical não revelou alterações estruturais e o sedimento urinário mostrava leucoeritrocitúria. Revisão do processo clínico, revelou exame histológico das biópsias cólicas previamente realizadas confirmou o diagnóstico de colite colagenosa. Iniciou-se fluidoterapia intensiva e antibioterapia dirigida a infeção urinária concomitante. Após estabilização, instituiu-se corticoterapia com budesonida, com normalização progressiva da função renal e do trânsito intestinal, permitindo alta hospitalar.

Este caso ilustra uma manifestação extrema da colite colagenosa, patologia que afeta predominantemente mulheres de meia-idade e pode apresentar complicações graves quando o diagnóstico é tardio. A desidratação severa secundária à diarreia crónica pode evoluir para lesão renal aguda e distúrbios hidroeletrolíticos potencialmente fatais. Reforça-se assim a importância de considerar esta entidade no diagnóstico diferencial da diarreia crónica indeterminada, mesmo perante uma colonoscopia normal, assegurando a realização de biópsias da mucosa aparentemente normal para prevenir complicações potencialmente graves.

Traqueopatia osteocondroplástica - um diagnóstico raro a ter em mente

Iara Fazenda; Daniel Lima Alves; Eduardo Viana; Patricia Araújo; António Cardoso Fernandes; Ana Frederica Parente; Joana Costa Lemos; Sara Armelim Alves; Alexandra Esteves; Diana Guerra; Carmélia Rodrigues

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

Tema: Doenças respiratórias

A traqueopatia osteocondroplástica (TO) representa uma neoplasia benigna raramente descrita na literatura, com o maior estudo de uma série de casos a incluir apenas 41 doentes (2001). Esta patologia compromete significativamente a qualidade de vida, podendo manifestar-se desde tosse produtiva persistente e infeções recorrentes até complicações graves como a estenose traqueal com potencial compromisso da via aérea.

Mulher de 70 anos, com antecedentes de bronquite crónica e exposição à humidade, não fumadora. Referenciada à consulta por quadros recorrentes de infeção respiratória e dispneia, tendo cumprido vários ciclos de antibioterapia. A radiografia torácica não revelou alterações significativas, e a TC mostrou apenas bronquiectasias cilíndricas dispersas mínimas nos segmentos basais dos lobos inferiores. Apesar da otimização terapêutica com broncodilatadores, cinesioterapia respiratória e mucolíticos, a doente manteve episódios de agudização, infeções respiratórias recorrentes, tosse produtiva persistente e isolamento de MRSA nas secreções. Perante a discrepância entre a sintomatologia exuberante e os achados imagiológicos discretos, em colaboração com Pneumologia procedeu-se à realização de broncofibroscopia, que revelou lesões polipoides em toda a extensão traqueal, sem redução do calibre endotraqueal, associadas a mucosa edemaciada e secreções amareladas espessas compatível com TO.

A TO deve ser considerada em doentes com infeções respiratórias recorrentes apesar de terapêutica otimizada. O seu diagnóstico só é possível através de broncofibroscopia e estudos imagiológicos específicos, sendo frequentemente subdiagnosticada por não integrar rotineiramente o raciocínio clínico diferencial, frequentemente o intervalo entre os primeiros sintomas e o diagnóstico pode atingir 25 anos. O seguimento regular destes doentes é fundamental, sendo a abordagem terapêutica baseada no controlo sintomático e, em casos mais graves, em intervenções broncoscópicas ou cirúrgicas para remoção das lesões.

O desafio diagnóstico das Massas Retroperitoneais

Inês Domingues; Beatriz Santos; Patrícia Santos; Vanda Spencer

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

As massas retroperitoneais são raras e incluem um grupo heterogêneo de entidades representando um desafio diagnóstico que, pela sobreposição de características imagiológicas, exigem frequentemente avaliação histopatológica para distinguir entre neoplasias malignas como o lipossarcoma desdiferenciado e o tumor maligno da bainha do nervo periférico e lesões benignas de origem neural ou fibrosa.

Caso Clínico

Homem de 85 anos com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e hiperplasia benigna da próstata que, por queixas urinárias obstrutivas realizou tomografia computadorizada (TC), com identificação de massa retroperitoneal (3.5cm) com densidade de partes moles, em topografia lateroaórtica esquerda ao nível do hilo renal de etiologia indeterminada. Sem febre ou outros sintomas constitucionais. Foi referenciado a consulta de Medicina Interna. À observação, assintomático, sem adenopatias ou massas abdominais palpáveis. Analiticamente, sem alterações nomeadamente anemia ou aumento de parâmetros inflamatórios. Rastreio oncológico para o sexo e idade negativo. Realizou biópsia guiada por TC que revelou neoplasia mesenquimatosa com expressão de MDM2 e SOX10 colocando-se os diagnósticos diferenciais de Lipossarcoma Desdiferenciado e Tumor maligno da bainha do nervo periférico. Foi encaminhado para Consulta de Sarcomas em centro de referência, tendo-se procedido a revisão histológica e imunofenotipagem complementar que foi sugestiva de neoplasia fusocelular com expressão de SOX10, preservação de H3K27me3 e negatividade para MDM2, sendo reclassificada como Neoplasia Neural, sem critérios de malignidade. Nova TC de controlo demonstrou estabilidade da lesão, sem evidência de metastização, tendo-se optado por vigilância clínica e imagiológica.

Discussão

Este caso evidencia a complexidade do diagnóstico diferencial das massas retroperitoneais, reforçando a importância da imunohistoquímica e revisão histológica em centros de referência, neste caso, com exclusão de causa maligna e reclassificação da massa como benigna com impacto na abordagem e evicção de tratamentos desnecessários.

Síndrome da Cauda Equina Causada por Fístula Arteriovenosa Dural Espinhal

Joana Diogo; Jana Zelinova; Hernando Campos; Veronica Spinu; Catarina Mota

HOSPITAL CUF DESCOBERTAS

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução

A fístula arteriovenosa dural da medula espinhal é rara; ainda assim, é a malformação vascular mais frequentemente encontrada na medula. Apresentamos um caso de fístula arteriovenosa dural grau IV de Cognard que se manifestou como síndrome da cauda equina com paraparésia ligeira, disfunção erétil e disfunção de esfíncteres.

Caso Clínico

Homem de 51 anos de idade, com dislipidemia, admitido por quadro de diminuição de força proximal nos membros inferiores e disfunção erétil com duas semanas de evolução, a que se associa posteriormente retenção urinária e obstipação.

À observação, diminuição de força proximal nos membros inferiores, com dificuldade no levantar.

Análises sem alterações de relevo.

Admitido provável síndrome da cauda equina, fez RM da coluna lombo-sagrada, sem alterações relevantes, e RM crânio-encefálica e da coluna cervical que mostrou provável fístula arteriovenosa dural da fossa posterior, com eventual drenagem ou envolvimento das estruturas vasculares cervicais e consequente edema medular anterior por dificuldade de drenagem venosa.

Realizou angiografia digital de subtração que documentou fístula arterio-venosa dural com ponto fistuloso latero-bulbar direito dependendo de artéria faríngea ascendente direita e drenagem para veias peri-bulbares e medulares.

Diagnosticada fístula arterio-venosa dural tipo IV da classificação de Cognard, foi submetido a exclusão da fístula pela Neurorradiologia de Intervenção, com recuperação do quadro de retenção urinária e obstipação e progressiva melhoria da força e da disfunção erétil.

Discussão

As fístulas arteriovenosas durais infratentoriais são raras mas o diagnóstico e tratamento precoces são obrigatórios para prevenir défices neurológicos irreversíveis.

O resultado funcional do tratamento depende da duração dos sintomas, do grau de incapacidade previo e do sucesso da intervenção, tornando o reconhecimento e diagnóstico precoces fundamentais.

A Pele que fala - Ictiose Adquirida como primeira manifestação de Linfoma de Hodgkin

Cláudia Batoque Fitas; Teresa Abegão; Mariana Antão; Joel Lage; Teresa Tomásia Silva; Pedro Mendonça; Catarina Mendonça

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALGARVE

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A ictiose adquirida é uma condição dermatológica rara que se caracteriza por um quadro de descamação cutânea generalizada, com pele seca, áspera e espessada, que surge normalmente na vida adulta e sem histórico prévio de doenças cutâneas. Diferencia-se das ictioses hereditárias pelo seu início súbito e pela associação com doenças sistémicas ou síndromes paraneoplásicas.

Caso Clínico

Apresentamos o caso de uma mulher de 65 anos, sem antecedentes pessoais de relevo. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de febre, dor abdominal associada a diarreia e anorexia com uma semana de evolução. Referia ainda perda ponderal não intencional de 13% e espessamento e secura generalizada da pele no último mês. Objetivou-se descamação cutânea generalizada, com pele seca, áspera e espessada e adenopatia supraclavicular esquerda. Dos exames complementares realizados destaca-se: anemia microcítica hipocrómica, aumento dos parâmetros inflamatórios e múltiplas adenopatias em topografia supra e infra-diafragmática na TC toraco-abdomino-pélvica. A biópsia excisional do gânglio supraclavicular revelou características histopatológicas compatíveis com linfoma de Hodgkin, subtipo esclerose-nodular (imunofenótipo: CD30?, PAX5?, CD20?, BCL2?, CD15?). A doente foi encaminhada para Hemato-oncologia tendo iniciado tratamento dirigido.

Discussão

Este caso realça a importância de considerar manifestações dermatológicas atípicas – como a ictiose adquirida – como potenciais sinais paraneoplásicos. A presença de alterações cutâneas recentes associadas a sintomas e sinais sistémicos deve motivar uma investigação aprofundada para descartar processos neoplásicos, nomeadamente linfoproliferativos. A integração entre diversas especialidades é crucial para o diagnóstico precoce e a gestão adequada, melhorando o prognóstico do doente.

APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE DOENÇA DE KIKUCHI

Joana Diogo; Jana Zelinova; Hernando Campos; Veronica Spinu; Catarina Mota

HOSPITAL CUF DESCOBERTAS

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A doença de Kikuchi-Fujimoto, de etiologia desconhecida, apresenta-se geralmente com linfadenopatia cervical pequena, dolorosa e localizada, que se resolve espontaneamente em semanas. Os autores apresentam um caso atípico de Doença de Kikuchi com envolvimento ganglionar extenso e multifocal que exige um assertivo diagnóstico diferencial com linfoma.

Caso Clínico

Mulher de 26 anos de idade, saudável, admitida por tumefacção cervical com uma semana de evolução, sem qualquer sintomatologia sistémica.

À observação, apresentava adenomegalia cervical esquerda com cerca de 3 cm, de consistência elástica e dolorosa,

Laboratorialmente, tinha Hb 12.8 g/dl, GB 3.5×10^3 /ul com 1.3×10^3 /ul N e 1.57×10^3 /ul L, Pla 170×10^3 /ul, VS mmh 19 e PCR 2 mg/dl. Serologias virais e IgA negativos.

A TC cervico-toraco-abdomino-pélvica revelou adenomegalia cervical esquerda no grupo II/III com 28 x 16 mm de maiores eixos, outra no grupo II com 20 x 10 mm, adenomegalia supraclavicular esquerda 19 x 11 mm, várias formações ganglionares proeminentes no triângulo cervical posterior, três formações ganglionares de dimensões discretamente aumentadas em topografia ilíaca primitiva esquerda e micronodularidade latero-aórtica esquerda. A biópsia ecoguiada da adenopatia cervical esquerda foi inconclusiva. O exame anatomo-patológico do gânglio cervical esquerdo excisado revelou padrão de hiperplasia folicular, sugestivo de infecção viral ou etiologia autoimune/infecciosa. Dois meses após apresentação e sem terapêutica dirigida, a TC de reavaliação mostrou redução volumétrica significativa de todas as formações ganglionares previamente identificadas.

Discussão

Na Doença de Kikuchi-Fujimoto o envolvimento ganglionar é geralmente cervical e localizado. A linfadenopatia generalizada aponta, geralmente, para diagnóstico maligno, acarretando por vezes investigações extensas e tratamentos inadequados.

Uma pista bioquímica para um diagnóstico esquecido: Doença de Paget

Sandra Isabel Pereira Baptista¹; Olga Capontes²; Leonor Araújo¹; Inês Cruz¹; Francisco Silva¹; Isabel Madruga¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LISBOA OCIDENTAL

² CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, EPE / HOSPITAL EGAS MONIZ

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A doença de Paget é a segunda causa mais frequente de doença do metabolismo ósseo depois da osteoporose, no adulto. Nesta doença, há aumento da atividade osteoclástica, com consequente aumento da resposta osteoblástica, com formação de tecido ósseo desorganizado. A causa é ainda pouco compreendida. Afeta um ou mais ossos, como crânio, coluna, bacia e ossos longos das extremidades inferiores. Na cintigrafia óssea, a captação do radiofármaco depende primariamente da atividade osteoblástica e em menor grau do aumento da vascularização esquelética. O Propeptideo N-terminal do procologénio tipo I (P1NP) é o marcador de formação óssea mais específico da doença de Paget.

Caso Clínico

Mulher de 65 anos, com antecedentes de epilepsia, medicada com zonisamida 400mg/dia e parampanel 6mg/dia, referenciada à consulta pelo médico de família por elevação isolada e mantida da fosfatase alcalina (duas vezes o valor de referência). A doente referia queixas osteoarticulares a nível cervical e lombar, de ritmo mecânico, crónicas, mas negava dor óssea. Objetivamente não apresentava alterações. Do estudo efectuado apresentava-se sem alterações no hemograma, padrão cito-colestático, função renal e tiroideia, cálcio, paratormona, vitamina D e excreção de cálcio na urina em valores adequados. Fez radiografias de esqueleto, que revelaram aparente rarefação da calote craniana. O estudo foi complementado com TAC-crânio demonstrando “calote craniana com áreas de rarefação óssea, sem características destrutivas ou permeativas, de provável causa metabólica.” Na cintigrafia óssea houve um “aumento ligeiro, difuso e generalizado da captação óssea do radiofármaco, particularmente evidente na calote craniana, nos ossos da face e nos ossos longos dos membros”. De estudo adicional foi solicitado doseamento do Propeptideo N-terminal do procologénio tipo I (P1NP) que se revelou aumentado 179ug/L (16.3-73.9ug/L), assumindo-se como diagnóstico mais provável Doença de Paget.

Discussão

A Doença de Paget é uma condição insidiosa e silenciosa que, a longo prazo, pode levar a deformações esqueléticas significativas e até mesmo à degeneração maligna. Um diagnóstico precoce é crucial para permitir a vigilância adequada e a implementação de tratamento quando necessário, visando minimizar sequelas funcionais importantes.

O RECONHECIMENTO PRECOCE DA APOPLEXIA PITUITÁRIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Catarina Mota; Jana Zelinova; Hernando Campos; Veronica Spinu; Joana Diogo

HOSPITAL CUF DESCOBERTAS

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução

A apoplexia pituitária é uma emergência médica rara que resulta de hemorragia súbita ou enfarte de tumor pituitário. Quando não reconhecida atempadamente, pode levar a complicações hormonais e neuro-oftalmológicas graves e até mesmo à morte.

Caso Clínico

Homem de 65 anos de idade, com dislipidemia, hipertrofia benigna da próstata e adenoma hipofisário, admitido por quadro de sonolência e lentificação psicomotora com um dia de evolução.

À observação, estava orientado mas lentificado, sonolento, com diminuição da acuidade visual bilateralmente e hemianopsia bitemporal, descorado, com TA 58/30mmHg, sem outras alterações de relevo.

Laboratorialmente tinha Hb 13.5 g/dl, GB 6.8×10^3 /ul, Pla 142×10^3 /ul, PCR 4.2 mg/dl, creatinina 0.83 mg/dl, ureia 28 mg/dl, Na 123 mmol/L, K 4.1 mmol/L, glicemia 72 mg/dl.

Perante quadro de insuficiência adrenocortical e envolvimento neuro-oftalmológico em doente com adenoma hipofisário recentemente conhecido, admitiu-se como provável quadro de apoplexia pituitária.

A TC-CE mostrou lesão expansiva centrada à sela turca, condicionando remodelação da mesma e medindo cerca de 18 x 22 x 24 mm de maiores eixos, com efeito de massa sobre as estruturas supra-selares (quiasma óptico e regiões hipotalâmicas), com áreas de maior densidade correspondendo a focos hemáticos sugestivos de apoplexia pituitária. Submetido a estabilização na unidade de cuidados intensivos e subsequente hipofisectomia, teve recuperação significativa da acuidade visual e dos campos visuais.

Discussão

A apoplexia pituitária exige um diagnóstico rápido e uma intervenção terapêutica precoce para evitar as potenciais complicações hormonais e neurológicas associadas e o desfecho fatal não infrequente. A apresentação clínica assemelha-se a muitos distúrbios neurológicos e não neurológicos, tornando o diagnóstico desafiante e a suspeição clínica precoce fundamental.

SÍNDROME DE DRESS: PARA ALÉM DO RASH

Catarina Mota; Hernando Campos; Jana Zelinova; Veronica Spinu; Joana Diogo

HOSPITAL CUF DESCOBERTAS

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução

O termo DRESS (*drug rash with eosinophilia and systemic symptoms*) surgiu em 1996 com Bocquet et al, descrevendo uma reação de hipersensibilidade a medicamentos que inclui erupção cutânea grave, febre, linfadenopatia, hepatite e alterações hematológicas. Os autores apresentam um caso de DRESS que enfatiza a necessidade de uma história clínica rigorosa para a suspeição clínica adequada.

Caso Clínico

Mulher de 45 anos de idade, com espondilite anquilosante, sem alergias medicamentosas conhecidas, medicada com prednisolona 5 mg e salazopirina introduzida 19 dias antes e titulada até 2000 mg/dia.

Admitida por quadro de odinofagia e febre, a que se associa no dia seguinte exantema pruriginoso de rápida progressão dos membros inferiores ao tronco, membros superiores e face.

À observação, apresentava máculas e pápulas coalescendo em toalha, em mancha e placa em todo o tegumento, com predomínio nos membros superiores e inferiores e tronco, orofaringe hiperemiada com discretas vesículas e adenopatia cervical esquerda.

Laboratorialmente tinha Hb 15.4 g/dl, GB $12.5 \times 10^3/\text{ul}$ com $5.9 \times 10^3/\text{ul}$ N, $1.25 \times 10^3/\text{ul}$ eosinófilos e $4.89 \times 10^3/\text{ul}$ linfócitos, Pla $192 \times 10^3/\text{ul}$, INR 1.08, PCR 8.9 mg/dl, AST 85 U/L, ALT 184 U/L, GGT 240 U/L e FA 205 U/L.

Monoteste e Pha negativos.

De acordo com o RegiSCAR, admitiu-se provável DRESS secundário a salazopirina com score de 5 (febre, eosinofilia, rash > 50% extensão, envolvimento visceral, período de latência/ doença > 15 dias).

Iniciou prednisolona na dose de 1 mg/Kg/dia com gradual e total recuperação clínica e laboratorial.

Discussão

O síndrome de DRESS, subdiagnosticado, é responsável por até 20% dos doentes admitidos no contexto de evento adverso farmacológico com expressão cutânea e tem uma taxa de mortalidade de quase 10%, tornando a suspeição clínica, a identificação precoce e o tratamento definitivo cruciais.

Malária severa com reacção adversa a Artesunato - Caso clínico

Maria Luís Santos; Ana Correia de Sá; Fernando Esculcas; Glória Alves; Jorge Cotter

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO AVE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A malária é uma doença complexa com múltiplas possibilidades para abordagem terapêutica, dependendo do atingimento orgânico e da severidade da doença. A terapêutica disponível pode causar agravamento de disfunções já pré-existentes à admissão ou disfunção de novo, podendo instalar-se mesmo após termino de esquema terapêutico.

Caso clínico

Doente de 43 anos, sexo masculino, a trabalhar em Angola, tendo regressado a Portugal duas semanas antes. Recorre ao Serviço de Urgência por quadro com 3 dias de evolução de mialgias, astenia e febre com 3 dias de evolução, associada a anorexia e vómitos. De antecedentes pessoais de relevo, o doente apresentava esplenectomia em contexto traumático há mais de 10 anos e pressupostas infecções frequentes por malária há 15 anos, desde início de deslocações para Angola, segundo o próprio – negando cumprir profilaxia, desconhecendo terapêuticas realizadas e sem internamentos prévios por este motivo. À admissão, apresentava 1 critério de malária severa por parasitemia *P. falciparum* >15%. Iniciou terapêutica com Artesunato. À admissão com Hb 16.1g/dL. Apresentou queda gradual de Hb até 7.5g/dL em 9º dia de internamento. Cumpriu suporte transfusional, sem rendimento, mantendo queda de hemoglobina até mínimo de 5.1g/dL, associada a aumento de LDH até máximo de 3988UI/L e bilirrubina (máximo de bilirrubina total de 2.53mg/dL) em provável contexto de hemólise. Iniciou corticoterapia com melhoria parca, mas com melhoria mais marcada após switch terapêutico para Artemeter e Lumefantrina em contexto de evolução com parasitemia inferior a 1%, conforme esquema recomendado e, portanto, firmando a suspeita diagnóstica de anemia hemolítica como reacção adversa à terapêutica com Artesunato. À data de alta apresentava Hb 10.9g/dL, LDH 385UI/L, Bilirrubina total 0.60mg/dL.

Discussão

Para o tratamento da malária severa está indicado o início precoce de Artesunato endovenoso ou intramuscular assim que possível. A instalação tardia de anemia hemolítica está descrita e os doentes devem fazer controlo analítico para vigilância.

Conclusão

O mecanismo causador de anemia hemolítica associada a terapêutica com Artesunato não está totalmente esclarecido. Está preconizado o controlo de hemograma até quatro semanas após completar terapêutica com Artesunato.

Título: Fibrose Retroperitoneal Idiopática vs. Doença Relacionada com IgG4 – Um Desafio Diagnóstico

Maria Luís Santos; Lissette Espinoza; Inês Ferreira; Ussumane Embaló; Glória Alves; Jorge Cotter

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO AVE

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A fibrose retroperitoneal (FRP) é uma patologia rara caracterizada por inflamação e deposição de tecido fibrótico na região retroperitoneal. Pode ser idiopática ou secundária, sendo uma das etiologias a doença relacionada com IgG4 (DRlgG4). O diagnóstico diferencial é essencial para definir a abordagem terapêutica.

Caso Clínico

Mulher, 51 anos, residente em Portugal há três meses e natural de Marrocos, admitida por epigastralgia persistente com agravamento progressivo e perda ponderal (8 kg/2 meses). A tomografia computadorizada revelou uma imagem densa periaórtica na aorta abdominal infrarrenal e ilíacas proximais, sugestiva de FRP. Analiticamente, apresentava elevação discreta da fosfatase alcalina, IgA elevada (1015 mg/dL) e IgG4 ligeiramente aumentada (<5x o normal). O PET-TC mostrou captação aumentada de F18-FDG na lesão periaórtica, sugerindo uma etiologia inflamatória. Foi iniciado tratamento com prednisolona 1 mg/kg, com melhoria clínica significativa. Durante o internamento, foi ainda diagnosticada diabetes mellitus tipo 2 descompensada (HbA1c 10%), gastrite crónica por *Helicobacter pylori*, défice de ácido fólico e presença de nódulos pulmonares subcentimétricos de provável etiologia benigna.

Discussão

A FRP pode ser idiopática ou associada a DRlgG4. A positividade da IgG4 apoia esta última, mas valores inferiores a 5x o normal reduzem a especificidade. O PET-TC é útil na avaliação inflamatória e monitorização terapêutica. A resposta favorável aos corticóides reforça a etiologia imunomediada. A coexistência de diabetes mellitus tipo 2 e envolvimento hepático sugere uma possível sobreposição com outras doenças sistémicas.

Conclusão

Este caso ilustra a complexidade do diagnóstico diferencial da FRP e a importância da avaliação clínica, laboratorial e imagiológica para orientar o tratamento. A resposta favorável à corticoterapia reforça o papel da inflamação imunomediada, sendo fundamental o seguimento para monitorizar a progressão da doença.

Hemicoreia Associada a Hiperglicemia Não Cetótica

Maria Luís Santos; Inês Ferreira; Ussumane Embaló; Glória Alves; Jorge Cotter

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO AVE

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A hemicoreia-hemibalismo secundário a hiperglicemia não cetótica é uma entidade rara, frequentemente subdiagnosticada, que resulta de disfunção dos gânglios da base em contexto de hiperglicemia persistente. A sua correta identificação é crucial para evitar exames desnecessários e otimizar a abordagem terapêutica.

Caso Clínico

Mulher de 68 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 insulinotratada e mau controlo metabólico, insuficiência renal crónica estágio 3b, fibrilhação auricular crónica e antecedentes cardiovasculares. Recorreu ao Serviço de Urgência por movimentos involuntários descoordenados do hemicorpo esquerdo, mais exuberantes no membro superior, com início há dois dias e agravamento progressivo. Sem outras queixas associadas. Internada previamente, a 09/01/2025, por estado hiperglicémico hiperosmolar em contexto de incumprimento terapêutico (HbA1c 13,6%). No exame neurológico apresentava hemicoreia esquerda sem envolvimento facial, sem alterações piramidais, cerebelosas ou de funções nervosas superiores. Analiticamente, hiperglicemia persistente (240 mg/dL) e HbA1c elevada. A RMN cerebral revelou alteração do sinal do putâmen direito compatível com disfunção metabólica secundária a hiperglicemia. Iniciada terapêutica com haloperidol 5 mg 8/8h e tetrabenazina 12,5 mg/dia, com melhoria progressiva da hemicoreia. A insulinoterapia foi ajustada, com redução progressiva das glicemias em internamento.

Discussão

A hemicoreia em contexto de hiperglicemia não cetótica é uma complicação neurológica rara da diabetes mellitus, mais comum em mulheres idosas com controlo glicémico inadequado. O mecanismo subjacente envolve disfunção dos gânglios da base, especialmente do putâmen contralateral. O diagnóstico baseia-se na história clínica, neuroimagem característica e exclusão de outras causas de coreia. O tratamento passa pelo controlo glicémico rigoroso, podendo ser necessário recurso a neurolépticos para alívio sintomático. O prognóstico é geralmente favorável, com reversão do quadro em dias a semanas.

Deficiência de Proteína C: A Importância de Considerar Trombofilia no Diagnóstico Diferencial

Filipe Brás de Macedo¹; Laura Ramos²; Helena Cruz Gomes¹; Sara Camões¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, EPE / HOSPITAL PEDRO HISPANO

² INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

Tema: Doenças hematológicas

O déficit de proteína C está presente em apenas 2-5% dos casos de tromboembolismo venoso, sendo o estudo de trombofilias essencial em doentes sem etiologia clara para o evento, sobretudo em idade jovem.

Mulher de 25 anos, autónoma e cognitivamente integra. Antecedentes de endometriose, sob anticontraceptivo oral (ACO) combinado. Recorre ao Serviço de Urgência por dor torácica em picada na base do hemitórax esquerdo, de intensidade 6 (escala de 0 a 10), que agrava com a inspiração profunda, sem fatores de alívio. Nega antecedentes familiares de trombofilias, doença autoimune e eventos trombóticos em idade jovem. Nega hábitos tabágicos. Ao exame objetivo: eupneica em ar ambiente, saturação periférica O₂ de 99%, normocárdica (86 bpm) e hipertensa (140/74 mmHg). Auscultação pulmonar sem alterações. Analiticamente D-Dímeros 2040 mg/mL, Troponina I <3.20 ng/L e nt-proBNP 71.7 pg/mL. Realizou angiotomografia computadorizada que revela opacidade nodular na base pulmonar direita a favor de enfarte e defeito de preenchimento subsegmentar do ramo lobar inferior esquerdo e direito compatível com tromboembolismo pulmonar (TEP). Ecocardiograma transtorácico sem sinais de sobrecarga de pressão/volume nas cavidades direitas. Portanto, TEP de baixo risco (PESI I), mas com enfarte pulmonar em doente jovem. Teve alta hipocoagulada com Apixabano, suspendeu ACO e foi orientada para a consulta de Medicina Interna. Efetuado estudo de trombofilias que evidencia Proteína C funcional diminuída (56.0%) e Proteína C antigénica diminuída (46.5%). Assim, deficiência de proteína C tipo 1 a condicionar TEP de baixo risco em doente previamente sob ACO, com indicação para realização de hipocoagulação ad eternum. Enviada a consulta de Genética para estudo posterior.

É essencial o estudo de trombofilias em doentes jovens com TEP de etiologia indeterminada, não se assumindo o ACO como trigger único, dada a sua relevância para definição da duração da terapêutica e implicações na descendência.

DILI Aguda por Sulfassalazina

Filipe Brás de Macedo; Nuno Cerejeira; Francisco Jorge Moreira; Sara Camões

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, EPE / HOSPITAL PEDRO HISPANO

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

A lesão hepática induzida por fármacos (DILI) é um dos maiores desafios para os hepatologistas dado os múltiplos fármacos com potencial hepatotóxico que conhecemos. É um diagnóstico de exclusão, caracterizado pelo aumento de marcadores bioquímicos e alterações da anatomia hepática. A sulfassalazina (SSZ) é um agente anti-inflamatório associado a raras mas bem documentadas DILI.

Caso clínico

Doente do sexo feminino, 46 anos, enviada a consulta de Medicina Interna por poliartralgias de ritmo misto das pequenas articulações, medicada com SSZ 500mg bid desde abril/24. Queixas de náuseas, vômitos e icterícia transitória após início do fármaco. Negava hábitos alcoólicos. Analiticamente com padrão colestático (ALT 184 U/L e FA 545 U/L), serologias víricas negativas, aumento de imunoglobulinas (IgG 3825.0 mg/dL), ANA e ASMA negativos, AMA positivos (>200), sem sinais de falência hepática. Ressonância magnética-com hepatomegalia, parênquima irregular com padrão multimicronodular, sem alterações das vias biliares. Realizou biópsia hepática com descrição de infiltrado inflamatório linfo-histiocitário com participação de numerosos eosinófilos e de intensidade moderada acentuada nos espaços porta, que apresentam fibrose ligeira a moderada com ocasional constituição de pontes porto-portais e ponto-venulares sem constituição de nódulos (F3). A doente acabou por suspender SSZ com ligeira melhoria e iniciou ácido ursodesoxicólico 1250mg/dia. Embora os AMA sejam positivos, a ausência de alterações das vias biliares leva a uma menor probabilidade diagnóstica de colangite biliar primária.

Este caso demonstra a importância da vigilância ativa em doentes sob terapias potencialmente hepatotóxicas, como a SSZ, especialmente em contexto de sintomatologia sugestiva. O diagnóstico precoce e a interrupção do fármaco são passos críticos para evitar a progressão para fibrose ou falência hepática aguda.

Pericardite aguda associada a adenocarcinoma do pulmão: manifestação da doença ou do tratamento?

Gonçalo Carneiro; Rafael Marques; Joana Fontes; Sofia Osório Ferreira; Catarina Pereira Rodrigues; Rita Costa

CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE DOURO E VOUGA, EPE / HOSPITAL DE S. SEBASTIÃO

Tema: Doenças oncológicas

Normalmente idiopática ou sequelar a infeções víricas, estima-se que em 5% dos casos a pericardite aguda ocorra na dependência de doença oncológica. Quando recidivante ou acompanhada de derrame pericárdico sugere doença avançada, sendo as neoplasias do pulmão as mais frequentemente implicadas.

Por outro lado, os inibidores de *checkpoint* imunológico também se associam a toxicidade cardíaca. Embora mais frequente durante os primeiros ciclos de tratamento, até 25% dos casos de pericardite ocorrem após 4 ciclos.

Relatamos o caso de um homem de 67 anos com adenocarcinoma do pulmão com metastização ganglionar e cerebral, sob tratamento com pembrolizumab e pemetrexed, que recorre ao Serviço de Urgência por dor torácica pleurítica. Sem noção de doença infecciosa recente. Exame objetivo sem alterações. Eletrocardiograma de 12 derivações com elevação difusa do segmento ST, analiticamente subida de PCR (137.6 mg/dL) e ausência de elevação de troponina. O ecocardiograma transtorácico mostrou derrame pericárdico moderado (10mm na parede posterior e 4 mm na anterior), sem compromisso hemodinâmico. Assumiu-se o diagnóstico de pericardite e foi admitido na Unidade de Cuidados Intermédios Médicos, sob colquicina e ibuprofeno. Ecocardiograma ao terceiro dia revelou agravamento do derrame, mantendo-se sem compromisso hemodinâmico. Após avaliação por Cardiologia, pericardiocentese não realizada por execução tecnicamente difícil. Não se tendo excluído cabalmente progressão da doença neoplásica, após discussão com Oncologia considerou-se a hipótese de toxicidade a pembrolizumab. Iniciou corticoterapia sistémica, com regressão do derrame. Destaca-se ainda episódio de fibrilação auricular de novo, quimicamente revertida a ritmo sinusal. Na consulta de Oncologia após alta suspendeu pembrolizumab, mantendo tratamento com pemetrexed.

Apesar da pericardiocentese ser essencial para confirmar etiologia maligna, o risco associado ao procedimento pode limitar a sua realização, tornando-se necessário ponderar outras etiologias. A iatrogenia a pembrolizumab surgiu como uma hipótese relevante pela crescente consciencialização desta associação e pela presença de fibrilação auricular (outro potencial efeito adverso), tornando-se a suspensão do fármaco uma decisão de particular relevância.

Síndrome de Stevens-Johnson e Ciprofloxacina: quando o improvável acontece

Diogo Ferraro Junqueira; Juliana Andrade; Daniela Filipa Dos Santos; Pedro Pires Mesquita; Rita Gonçalves Pinto; Filipa Cunha; Marta Braga; Vânia Gomes; Marina Alves; Céu Rodrigues

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças raras

A síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) constitui uma patologia mucocutânea, rara e potencialmente fatal, caracterizada por necrose e descolamento epidérmico, frequentemente desencadeada por fármacos, dos quais se destacam os antibióticos. Esta patologia pode levar a complicações graves, como necrose extensa dos tecidos, podendo evoluir para sépsis e falência multiorgânica.

Homem, 89 anos, autónomo, recorreu ao serviço de urgência por exantema pruriginoso macular na face e tronco associado a lesões bolhosas na cavidade oral, com necrose, com 4 dias de evolução. Além disto, referia odinofagia que impossibilitava a alimentação e dor ocular. Salienta-se alta 3 dias antes do internamento por infeção do trato urinário por *Pseudomonas aeruginosa*, estando a realizar ciprofloxacina. Internado aos cuidados do serviço de medicina interna por SSJ com atingimento da mucosa orofaríngea, cutâneo (< 50% superfície corporal) e ocular com índice de gravidade de SCORTEN 3. Deste modo, a ciprofloxacina foi suspensa e foi iniciada corticoterapia em alta dose. Pela extensão das lesões da cavidade oral foi necessária, inicialmente, alimentação parentérica. O doente evoluiu favoravelmente sob corticoterapia, tendo realizado desmame progressivo, mantendo seguimento em consulta externa de medicina interna, dermatologia e oftalmologia.

A SSJ constitui uma doença grave que cursa com grande morbilidade e com uma mortalidade considerável, exigindo uma elevada suspeição diagnóstica. Embora raramente associada à ciprofloxacina, a sua associação está descrita, com uma incidência significativamente menor que outras classes de antibióticos. Apesar do diagnóstico ser confirmado apenas com a biópsia cutânea, a intervenção terapêutica precoce e adequada é essencial para prevenir complicações graves, como necrose extensa, que podem ser potencialmente fatais.

Síndrome do Desfiladeiro Torácico: nem sempre mais (costelas) é melhor

Diogo Ferraro Junqueira; Daniela Filipa Dos Santos; Rita Gonçalves Pinto; Filipa Cunha; Céu Rodrigues

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças raras

A síndrome do desfiladeiro torácico (SDT) é causada pela compressão neurovascular na saída torácica. Pode ser neurogénica, comprimindo o plexo braquial; arterial, com estenose da artéria subclávia; e venosa, com obstrução da veia subclávia, podendo levar à trombose venosa profunda (TVP). Apesar de rara esta entidade exige diagnóstico e tratamento precoce para evitar complicações.

Mulher de 29 anos, encaminhada à consulta de medicina interna para estudo etiológico de TVP do MS direito, com quadro de 3 meses de evolução de dor no punho direito, edema progressivo do membro e parestesias com a elevação do mesmo, sem resposta à analgesia e sem trauma prévio. Diagnosticada TVP do MS e iniciado rivaroxabano 20 mg. Angio-TC torácico que revelou um afilamento da artéria braquial no seu terço médio, bem como afilamento das artérias radial e cubital e Angio-RM revelou, após manobras de hiperabdução, oclusão completa da artéria subclávia direita e quase completa da artéria subclávia esquerda, ao nível do cruzamento com as costelas cervicais bilateralmente. Nesse sentido, foi submetida a remoção de costela acessória à direita por síndrome do desfiladeiro torácico com compressão arterial. Durante o seguimento nesta consulta, o estudo de trombofilias foi negativo, destacando-se apenas mutação do gene MTHFR em homozigotia sem hiperhomocisteinemia, concluindo-se que o evento trombótico terá sido relacionado com estase venosa secundária a compressão por costela acessória. Após o procedimento, a doente apresentou quadro de dor neuropática pós-cirúrgica, com afeção possivelmente transitória do plexo braquial, tendo iniciado pregabalina, com desmame progressivo, conforme evolução. Cumpriu anticoagulação durante 1 ano e, após excluídas outras etiologias, teve alta com resolução total dos sintomas, sem necessidade de analgesia.

A SDT apesar de rara exige um diagnóstico precoce e abordagem multidisciplinar de forma a minimizar complicações e melhorar a qualidade de vida dos doentes.

Rara causa de diabetes mellitus

Viktor Baiherych¹; Tetiana Baiherych¹; Carlos Nancassa¹; José Rocha²; Ana Paula Barbosa²; Claudia Abranches Belo¹; Joana Jardim¹; Guilherme Miranda¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA LEZÍRIA

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A hemocromatose é uma doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de ferro que resulta em lesão tecidual, com várias manifestações: distúrbios hepáticos, cardiomiopatias, distúrbios endocrinológicos etc. Hemocromatose hereditária pode ser causada por diferentes mutações, sendo a C282Y e a H63D as mais frequentes. Hemocromatose secundária causada por outra doença que provoca acúmulo de ferro. Os autores queriam apresentar 2 casos de hemocromatose que causaram Diabetes Mellitus: um doente com hemocromatose hereditária por mutação de genes HFE: C282Y e H63D, e outro doente com hemocromatose secundária devido à síndrome mielodisplásica.

CASO 1

Homem de 63 anos com AP: HTA, dislipidemia, esteatose hepática, osteoporose, ex fumador. MH: atorvastatina + ezetimibe, losartan, amlodipina.

Em 2001 em avaliação analítica de rotina por ferritina 5000 ng/mL e saturação de transferrina 69%, que motivou estudo genético que revelou mutação C282Y +/+, H63D-/- . Nesta altura começou flebotomias para controlo de sobrecarga férrica.

Em 2015 apresentou HbA1c de 7.8% de novo. Realizou estudo de diabetes mellitus: autoanticorpos negativos, peptídeo C 1.65 ng/mL, insulina 4.7 !IU/ml. Por esse motivo começou antidiabéticos orais com bom controlo.

CASO 2

Mulher de 83 anos com AP: hepatite em contexto de hemossiderose hepática, HTA e osteoporose. MH: telmisartan, ácido alendrónico+colecalférol. Doente dependente de estimulação com darbepoetina e suporte transfusional por síndrome mielodisplásica desde 1994. Sob deferasirox por sobrecarga de ferro. Ferritina média 2000 ng/mL. Diabetes mellitus secundário desde 2014 descoberto por análises de rotina, com início de antidiabéticos orais.

Conclusão

A diabetes mellitus é uma manifestação clínica possível em contexto de hemocromatose hereditária. Por outro lado, qualquer forma de sobrecarga de ferro poderá contribuir para o aparecimento de diabetes mellitus. Face a esta associação, justifica-se a avaliação das reservas de ferro em doentes com diabetes mellitus. Doentes com saturação de transferrina igual ou superior a 45% e/ou ferritina elevada devem ser submetidos a estudo do gene HFE. O diagnóstico precoce de hemocromatose hereditária em doentes com diabetes mellitus poderá melhorar o seu prognóstico, desde que o tratamento adequado seja instituído.

Diagnóstico de Doença de McArdle após infecção por *Mycoplasma Pneumoniae* - um caso clínico

Beatriz Baptista Ribau; Daniela Maurício; André Abreu; Raquel Silva; Adélia Simão; Lèlila Santos

CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA / HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A doença de McArdle, uma doença autossómica recessiva, é um distúrbio de armazenamento de glicogénio que afeta o músculo esquelético, devido à deficiência ou ausência completa de miofosforilase. Globalmente afeta aproximadamente 1-2 em cada 200.000 doentes. Esta condição é tipicamente diagnosticada na infância, embora formas mais leves possam ser identificadas mais tardiamente. Os doentes apresentam intolerância ao exercício, mialgias, câibras musculares, baixa resistência e inchaço muscular. Níveis elevados em repouso de creatina quinase (CK) e episódios de rabdomiólise são frequentemente identificados nesta patologia. O teste genético é o método mais confiável e eficiente para confirmar o diagnóstico.

Caso clínico

Homem de 21 anos que recorre ao serviço de urgência por tosse produtiva e febre, sem presença de sinais de dificuldade respiratória, tendo como diagnóstico infeção por *Mycoplasma pneumoniae*. Os exames laboratoriais revelaram parâmetros inflamatórios elevados (proteína C-reativa e leucocitose) e rabdomiólise (níveis de CK de 15.000 U/L). O tratamento consistiu em azitromicina e hidratação. Durante o internamento, com diminuição significativa dos marcadores inflamatórios, contudo, apesar da hidratação e repouso adequados, os níveis de CK permaneceram elevados (4.000 U/L). O doente relatou apresentar, normalmente, baixa tolerância/resistência ao exercício físico. Três meses após a alta, em reavaliação analítica, mantinha elevação da CK e aldolase. Realizado teste de autoimunidade que foi negativo e teste genético que identificou uma mutação no gene PYGM:p.(Arg50*)+p.(Ala55Glyfs*21), sugerindo doença de McArdle.

Conclusão

O tratamento da doença de McArdle inclui dieta rica em carboidratos e refeições frequentes para aumentar reserva de glicogénio e prática de exercício aeróbio de baixa/moderada intensidade para prevenir o dano muscular. Esta condição clínica não afeta a esperança média de vida, no entanto, a rabdomiólise pode levar a insuficiência renal aguda com alguma gravidade.

Doença de Hiper IgG4 – um desafio no diagnóstico

Beatriz Baptista Ribau; Ana Coutinho; Teresa Alfaiate; Lélita Santos

CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA / HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A Doença de hiper IgG4 (DHlgG4) é uma entidade fibroinflamatória multiorgânica, caracterizada por tumefações de etiologia desconhecida que mimetizam tumores ou processos inflamatórios, com histopatologia característica (>10 células positivas para IgG4/campo e rácio IgG4/IgG >40%) e níveis séricos elevados de IgG4. A doença é confundida com linfoma, clínica e histologicamente. Predomina em homens com mais de 50 anos e o diagnóstico é baseado em critérios clínicos, radiológicos, serológicos e histológicos, com confirmação terapêutica. O tratamento médico consiste em corticoterapia sistémica (prednisolona), recorrendo-se à azatioprina, micofenolato de mofetil, metotrexato, rituximab ou bortezomib na doença recorrente ou refratária.

Caso clínico

Mulher de 56 anos, recorreu ao serviço de urgência por tumefação na região submandibular direita, com dor local e edema, com 1 mês de evolução, negando febre ou intercorrências infecciosas. Antecedentes de tumor do palato bilateral em 2022, realizando biópsia excisional com diagnóstico de hiperplasia linfática reativa. Realizou ecografia de partes moles com identificação de adenopatias submandibulares bilaterais, com posterior biópsia excisional, tendo-se levantado a hipótese de linfoma, não confirmada por hematologia. Em consulta externa, realizado estudo serológico, IGRA e autoimune sem alterações e realizada PET que evidenciou envolvimento hipermetabólico das glândulas salivares parótidas e submandibulares e ganglionar cervical bilateral e axilar esquerdo. Realizou TAC- TAP que confirma achados da PET. Seis meses depois repetiu biópsia ganglionar apresentando critérios histológicos de DHlgG4 (>100 células IgG4+ por campo e relação IgG4/IgG >40%). Após diagnóstico, iniciou corticoterapia com prednisolona, tendo mantido seguimento em consulta, com confirmação da boa resposta à terapêutica, com regressão da doença.

Conclusão

A DHlgG4 torna-se um desafio pelo seu carácter multiorgânico, consequente apresentação clínica variável e baixa especificidade da elevação da IgG4, dificultando o seu diagnóstico precoce. A boa resposta à corticoterapia, com possibilidade de reversão da fibrose enfatiza a necessidade e importância da precocidade de diagnóstico e implementação de tratamento de forma a impedir a sua progressão.

Infeção por Citomegalovírus: uma apresentação atípica

Maria Guilherme Muchata; José Diogo Martins; Mariana Marques; Joana Urbano; Diana Guerra

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A infeção por Citomegalovírus (CMV) caracteriza-se por um espectro de apresentações que está dependente do hospedeiro. As infeções nos indivíduos imunocompetentes são geralmente assintomáticas ou apresentam-se sob a forma de síndromes mononucleosídeas. Por outro lado, nos imunocomprometidos esta pode estar associada a morbimortalidade significativa.

Caso clínico

Mulher de 24 anos com antecedentes de espondilartrite com envolvimento axial, articular e entesopatia, associada a episódios de uveíte, HLB27 negativo, sob terapêutica imunossupressora com metotrexato desde maio de 2024. Três episódios de urgência no mesmo mês em contexto de síndrome febril, no primeiro dos quais foi assumida faringite e iniciada antibioterapia com amoxicilina e ácido clavulânico. Recorreu uma quarta vez à urgência por persistência da febre, já com 3 semanas de evolução, com temperatura máxima de 39.0°C e picos de 12 em 12 horas. Referiu náuseas e desconforto abdominal no hipocôndrio direito, sem outra clínica focalizadora de infeção, negando otalgia, odinofagia, tosse, expectoração, dispneia, diarreia, disúria, hipersudorese noturna ou artrite. Analiticamente, sem alterações no hemograma, VS 71mm/s, sem lesão renal, com citólise hepática (AST 108 UI/L e ALT 200 UI/L), PCR 6.61 mg/dl e PCT 0.42 mg/ml. Foi encaminhada para consulta urgente de Medicina Interna. Do estudo realizado, serologias víricas com IgM reativo para o CMV, painel de vírus respiratórios negativo, estudo sumário de urina sem evidência de infeção e hemoculturas negativas. IGRA ainda em curso. Trata-se então de uma infeção por CMV numa doente imunodeprimida e iniciou terapêutica com valganciclovir 900mg duas vezes dia, tendo ficado apirética nas primeiras 24 horas de tratamento e, após 2 semanas, assintomática e com melhoria analítica.

Discussão

A infeção por CMV em doentes imunocompetentes com sintomas leves no contexto de síndrome mononucleosíca é tipicamente autolimitada, com recuperação completa em dias ou semanas, sem necessidade de terapêutica dirigida. Nos doentes imunocomprometidos, existe evidência para o uso de antivíricos, sendo um deles o valganciclovir, com tempo de tratamento mínimo de duas semanas e cuja duração total do tratamento está relacionada com a resposta da carga vírica, que deve ser monitorizada periodicamente.

Hemofilia A Adquirida: Do Diagnóstico à Intervenção

Beatriz Baptista Ribau¹; Eduarda Paiva¹; David Silva²; Raquel Silva¹; Adélia Simão¹; Lèlita Santos¹

¹ CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA / HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

² UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR ARTE NOVA, UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Resumo

A hemofilia A adquirida é um distúrbio hemostático raro mediado por autoanticorpos contra o factor VIII da coagulação. Com incidência global de 1,5 casos/milhão/ano, sendo mais frequente em indivíduos com mais de 65 anos. Manifesta-se por hematomas, hemorragia dos tecidos moles ou gastrointestinal, hematúria e raramente hemartroses. Em 50% dos casos é secundária a doença autoimune, neoplásica ou fármacos (anticoagulantes). O aumento significativo do tempo de tromboplastina parcial ativada (aPTT), traduz um défice ou inibição de fatores da via intrínseca da coagulação, com necessidade confirmatória por teste de mistura. Os testes de Bethesda modificado ou anti-FVIII por ELISA permitem identificar e quantificar o título do inibidor. O tratamento requer o controlo de hemorragia aguda (FVIIa recombinante e complexo protrombínico ativado) e a erradicação do anticorpo com imunossupressão (corticoterapia isolada ou em associação com ciclofosfamida ou rituximab).

Caso clínico

Homem de 79 anos recorre ao serviço de urgência por hemorragia persistente de úlcera crónica do membro inferior direito associada a hematoma do joelho com extensão até à coxa sem trauma associado. Doente anticoagulado por fibrilhação auricular desde 2022, com suspensão e reintrodução terapêutica por episódios de hemorragia e hematomas. Analiticamente destacava-se anemia normocítica grave (Hb 6.6 g/dL) e aPTT aumentado (90.3s), sem alteração do tempo de protrombina. Com diagnóstico de hemofilia A adquirida (FVIII 3.2%, 8,1 U Bethesda) e iniciado complexo protrombínico ativado, prednisolona e ciclofosfamida com boa resposta. Foi excluída patologia neoplásica e autoimune. Teve alta após atingir valores de FVIII >50% (64%), em esquema de desmame de corticoterapia. Na consulta de seguimento reiniciou anticoagulação por normalização do FVIII (108%). Contudo, com posterior recidiva da doença que motivou suspensão do anticoagulante e novo ciclo de corticoterapia.

Conclusão

A hemofilia A adquirida é uma doença rara e potencialmente fatal que requer uma célere e correta integração da clínica e dados laboratoriais. Com as opções terapêuticas disponíveis, é possível reduzir a morbimortalidade. É essencial realizar uma correta história clínica, rever terapêutica médica e excluir patologia neoplásica ou autoimune concomitante.

Um “temporal” imunológico

Maria Luísa Alvarenga; Cláudia Alexandra Ribeiro; Kostyantyn Romashchuk; Diana Marreiros; Rodrigo Morgado; Valentyn Roshkulets; Mónica Ferro Silva; Sara Rodrigues Silva; Filipe Dias; Pedro Laranjo; Monika Dvorakova; Margarida Santos; Inês Gomes Madeira; Cátia Albino; Sofia Sobral; Ana Valido; Henrique Rita

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO LITORAL ALENTEJANO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A Arterite de células gigantes (ACG) ou temporal é o fenómeno vasculítico sistémico mais comum no adulto, sendo raro antes dos 50 anos. Afeta sobretudo grandes e médios vasos, manifestando-se com sintomas constitucionais, cefaleia, dor nas artérias temporais, claudicação mandibular e, nos casos mais graves, pode ter envolvimento ocular. O diagnóstico deve ser confirmado por biópsia ou ecodoppler arterial.

Caso Clínico

Sexo masculino, 68 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e fibrilhação auricular, para as quais estava medicado. Residia em meio rural e tinha contacto com animais (gatos, cães, galinhas, patos). Referiu quadro, com uma semana de evolução, de febre e odinofagia. À admissão na urgência referiu contratura dolorosa da articulação temporo-mandibular (trismo) e omalgias. Ao exame objetivo (serviço de urgência) detetou-se dor no território da artéria temporal esquerda e hiperémia conjuntival bilateral. Na avaliação laboratorial inicial destacou-se elevação de parâmetros inflamatórios (leucocitose, neutrofilia, proteína C reativa 30 mg/dL, velocidade de sedimentação (VS) 84 mm/1^ah). Ficou internado para esclarecimento do quadro. No 1º dia de internamento teve queixas adicionais de artralguas nas mãos e pés. Iniciou tratamento com metilprednisolona e constatou-se melhoria clínica e laboratorial (PCR negativou no 4º dia de corticoterapia). Os restantes meios complementares de diagnóstico não revelaram alterações relevantes. Por persistência de hiperémia realizou observação oftalmológica, onde se detetou úlcera dendrítica (córnea). Pela suspeita de ACG realizou ecodoppler das artérias temporais, que revelou halo característico bilateralmente.

Discussão:

O início abrupto e exuberante (com trismo) como neste caso não é o mais comum na ACG. O quadro sintomático inicial podia sugerir outros diagnósticos, porém a melhoria com corticoterapia era a favor de fenómeno inflamatório, além disso o ecodoppler arterial confirmou o diagnóstico dispensando biópsia da artéria temporal. Deve ainda acrescentar-se que as omalgias sugerem polimialgia reumática, entidade que ocorre frequentemente relacionada com ACG. Deve-se destacar que o envolvimento da córnea não é típico, sendo mais característico o envolvimento do nervo ótico.

Doença de Crohn no idoso: a propósito de um caso

Ana Cristina Caraban; Graça Lérias; Isabel Madruga

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, EPE / HOSPITAL EGAS MONIZ

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

A prevalência da Doença de Crohn (DC) no idoso tem vindo a aumentar nos últimos anos, decorrente do aumento da esperança média de vida e da sua incidência. Existem dois grupos: doentes com diagnóstico na idade adulta e outro consistindo de doentes com diagnóstico recente.

Caso clínico

Mulher de 75 anos, antecedentes de Hipertensão, Dislipidémia, AVC isquémico do território da artéria cerebral média esquerda em 2017 com hemiparesia direita ligeira e Parkinsonismo em 2022.

Internada para estudo de quadro consumptivo com 3 meses de evolução, perda ponderal involuntária de 15 kg no último ano, associado a deterioração progressiva do estado geral.

A admissão referia dejeções diarreicas com muco associado a dor abdominal difusa, anorexia, astenia e perda ponderal involuntária, sem retorragias.

A destacar no exame objetivo: abdómen doloroso à palpação dos quadrantes inferiores. Pequena ferida longitudinal perianal e hemorroidas exteriorizadas sem sinais inflamatórios. Membros inferiores com edemas distais simétricos.

Analiticamente: anemia microcítica e hipocrómica ferropénica, sem leucocitose, lesão renal aguda e hipocaliemia ligeira, Albumina 2,6 g/dL, PCR 4,3 mg/dL.

TC-abdómen: “Espessamento focal do cólon descendente, que pode corresponder a lesão tumoral, em alternativa a alteração inflamatória como mais aparente no cólon sigmoide”.

Endoscopia digestiva alta sem alterações. Colonoscopia com múltiplas úlceras ovais profundas com cerca de 15mm, incluindo dois segmentos no cólon sigmoide com cerca de 3 cm cada circunferencialmente ulcerados e associados a lesões pseudopolipóides. Biópsias: “Lesões de colite aguda moderada, sem sinais inequívocos de cronicidade e com alguns granulomas epitelióides, sem displasia/neoplasia”

Da investigação etiológica, serologias virais e Vírus da imunodeficiência humana negativas, coproculturas, pesquisa de parasitas nas fezes e pesquisa de Clostridium, negativos. Do estudo serológico auto-imune destaca-se Calprotectina fecal 999 mg/kg.

Colocada a hipótese de Doença de Crohn após estudo para Tuberculose intestinal negativo, tendo iniciado terapêutica com mesalazina.

Conclusão

Este caso salienta a dificuldade de diagnóstico da DC no idoso, dado os sintomas inespecíficos e amplo leque de patologias mimetizadoras a considerar no diagnóstico diferencial.

Para além da hipertensão arterial: a propósito de um caso de hiperaldosteronismo primário

Daniela Salgueiro; Nuno Pardal; Ana Rita Oliveira; Ângela Paredes Ferreira; Marta Batoca Sousa; Ana Sofia Matos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, EPE / HOSPITAL DE SANTA LUZIA

Tema: Doenças cardiovasculares

A hipertensão arterial (HTA) é uma patologia muito comum na prática clínica, contudo nem sempre se encontra devidamente estudada. O hiperaldosteronismo primário é uma causa subdiagnosticada de HTA secundária e caracteriza-se por secreção inapropriada de aldosterona de forma independente do eixo renina-angiotensina-aldosterona.

Mulher, 47 anos. Antecedentes de dislipidemia e HTA diagnosticada aos 20 anos, medicada habitualmente com bisoprolol 2,5mg, olmesartan 40mg e hidroclorotiazida 25mg. Encaminhada à consulta externa de Medicina Interna por manter perfil tensional hipertensivo apesar de terapêutica. Para melhor esclarecimento etiológico, pedido estudo adicional - a destacar ionograma sem alterações de relevo, tomografia axial computadorizada com glândulas suprarrenais (SR) de dimensões conservadas com captação homogénea de contraste e angiotomografia com artérias renais de normal calibre, sem defeitos de repleção. Prosseguindo com a investigação, foi suspenso antagonista do recetor da angiotensina e bloqueador beta com estudo a revelar diminuição da atividade de renina plasmática (0.39ng/mL/h), aldosterona inapropriadamente elevada (34.2 ng/dL) e aumento da razão aldosterona/renina (7.37; N < 3.70). Face à suspeita de hiperaldosteronismo primário, realizado teste de sobrecarga de sódio que confirmou o diagnóstico. Realizada ressonância magnética a objetivar SR com morfologia preservada, sem espessamentos ou lesões nodulares. Assumida hiperplasia bilateral das SR, encontrando-se atualmente com perfil tensional bem controlado sob espironolactona 100mg id e amlodipina 5mg.

Ressalva-se deste caso o facto de esta patologia nem sempre cursar com hipocaliemia e alcalose metabólica, o que pode dificultar o seu diagnóstico. É fulcral manter um elevado nível de suspeição clínica, uma vez que esta entidade se associa a um aumento do risco de morbilidade cardiovascular - que não é totalmente explicado pela hipertensão arterial - e para a qual existe tratamento disponível.

Um estranho caso de hipoglicemia

Francisca Lopes; Ivo Palmeiro; Carlota Dias; Ana Rita Piteira; Rita Silverio; Filipa Carrega; Manuela Fera; Ermelinda Pedroso

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA ARRÁBIDA

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

A hipoglicemia em doentes não diabéticos é uma entidade clínica rara que deve ser investigada quando cursa concomitantemente com a presença da tríade de Whipple. Um homem de 66 anos, residente em lar, com hábitos etílicos marcados recorreu ao serviço de urgência por alteração do estado de consciência por hipoglicemia grave. Do estudo complementar realizada hipoglicemia em estudo analítico de 50 mg/dL e hiponatremia (128 mmol/L). Gasimetricamente com alcalemia metabólica. Teve rápida resposta à glicose hipertónica mas sem sustentação da normoglicemia sem suporte endovenoso contínuo de dextrose. Para exclusão de hiperinsulinismo por insulinoma realizou tomografia computadorizada abdomino-pélvica que não identificou lesões nodulares suspeitas. O doseamento de insulina plasmática e de péptido C estavam dentro dos valores de referência. Realizou tomografia por emissão de positrões com identificação de área de intensa acumulação de radiofármaco no processo uncinado do pâncreas não tendo correlação em ressonância magnética (RM) com alterações sugestivas de tumor neuroendócrino. Considerando a hipótese de insuficiência adrenal o estudo funcional da supra-renal não apresentava alterações. Realizou RM crânio-encefálica que excluiu patologia hipofisária. Foram pedidos doseamentos de IGF 1 e 2. Considerando como hipótese diagnóstica mais provável um hiperinsulinismo por nonislet cell tumor hypoglycemia (NICTH) iniciou corticoterapia, com boa resposta, permitindo a suspensão da perfusão com fluidoterapia com dextrose e o atingimento da normalização dos valores da glicemia. Este caso clínico ilustra uma apresentação atípica de uma doença rara que implicou um estudo alargado na exclusão das diferentes hipóteses diagnósticas que pudessem justificar o quadro apresentado.

AVC, enxaqueca com aura e queixas mnésicas: qual a relação?

Daniela Salgueiro; Ana Rita Oliveira; Ângela Paredes Ferreira; Marta Batoca Sousa; Nuno Pardal; Ana Sofia Matos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, EPE / HOSPITAL DE SANTA LUZIA

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Os défices neurológicos agudos são um motivo frequente de recurso ao serviço de urgência (SU), sendo o acidente vascular cerebral (AVC) o diagnóstico mais comum. A doença dos pequenos vasos surge sobretudo associada a fatores de risco vascular, contudo, existem causas raras como a arteropatia cerebral autossómica dominante com enfartes subcorticais e leucoencefalopatia (CADASIL).

Mulher, 65 anos, em seguimento em consulta de Neurologia por queixas mnésicas. Antecedentes pessoais de síndrome depressivo e enxaqueca com aura. A destacar mãe com diagnóstico de AVC aos 57 anos. Recorre ao SU por queixas de diplopia e vertigem desde o dia anterior. Exame neurológico a objetivar ptose palpebral e limitação da abdução do olho esquerdo, bem como reflexo fotomotor direto ipsilateral ausente (consensual presente). Realizada tomografia axial computadorizada crânio-encefálica a objetivar leucoencefalopatia isquémica microangiopática. Angiografia do polígono de Willis e do tronco supra-aórtico sem trombo ou estenose significativa. Admitida em internamento sob dupla antiagregação plaquetária. Do estudo realizado, VS 11mm/h, sem défice de ácido fólico, vitamina B12 ou alterações da função tiroideia, serologias víricas negativas, estudo protrombótico negativo, ANA, ANCA, anti-SSA e SSB, anti-dsDNA negativos. Face ao descrito, colocada a suspeita de CADASIL. Pedida ressonância magnética crânio-encefálica a revelar marcada alteração da substância branca peri-ventricular e subcortical e envolvimento da vertente anterior dos lobos temporais compatível com CADASIL. Posteriormente com deteção de variante patogénica em heterozigotia no gene NOTCH3, a confirmar o diagnóstico.?

Apresenta-se este caso com o objetivo de alertar para esta entidade, sendo fulcral enquadrar a história familiar, antecedentes pessoais e achados dos meios complementares de diagnóstico. Apesar de não existir tratamento eficaz, a sua abordagem abrange o controlo de fatores de risco vasculares e o aconselhamento genético.

Mieloma múltiplo e amiloidose: qual relação?

Daniela Salgueiro; Marta Batoca Sousa; Ana Rita Oliveira; Nuno Pardal; Ângela Paredes Ferreira; Ana Sofia Matos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, EPE / HOSPITAL DE SANTA LUZIA

Tema: Doenças hematológicas

A síndrome nefrótica caracteriza-se por um aumento da permeabilidade da membrana basal glomerular e pode ser a forma de apresentação de múltiplas patologias (quer primárias ou secundárias ao rim). Neste sentido, é essencial o estudo cuidado e sistematizado para o correto diagnóstico e orientação.

Homem, 85 anos, antecedentes de hipertensão arterial e doença renal crónica com creatinina (Cr) sérica basal 2.5 mg/dL). Recorre ao médico assistente por anorexia, astenia e náuseas com mais de um mês de evolução, pelo que realizou estudo analítico a objetivar anemia macrocítica (8.4 g/dL) e agravamento da função renal (Cr 10.9 mg/dL; ureia 234 mg/dL), motivo pelo qual foi encaminhado para o serviço de urgência. Analiticamente, com acidemia metabólica e hiperfosfatemia, sem hipercaliémia, hipercalcémia, ferroopenia, défice de ácido fólico ou vitamina B12. Excluída nefropatia obstrutiva. Do estudo adicional realizado, VS 116 mm/h, proteinúria nefrótica (5.6 g/24h), hipoalbuminémia, ligeira dislipidemia, cadeias leves livres urinárias com ratio Kappa/lambda 30.248. Eletroforese de proteínas séricas sem pico monoclonal, estudo imunológico e marcadores víricos negativos. Realizado mielograma com 13% de plasmócitos dos quais 99.2% clonais kappa com imunofenótipo patológico. Confirmado assim o diagnóstico de Mieloma Múltiplo. Submetido a biópsia renal - deposição de material amorfo com birrefringência à luz polarizada, compatível com substância amiloide. Sem evidência de envolvimento cardíaco pela amiloidose e biópsia de gordura abdominal negativa para Vermelho do Congo.

Com este caso, pretende-se destacar que num doente com mieloma múltiplo, o aparecimento de síndrome nefrótica deve levantar a suspeita de amiloidose de cadeias leves. O reconhecimento da coexistência das duas entidades é importante porque determina o prognóstico e tem implicações terapêuticas. Alerta-se ainda para o facto de a biópsia de gordura abdominal nem sempre ser suficiente para o diagnóstico de amiloidose, podendo ser necessária a biópsia de outros órgãos envolvidos para o diagnóstico

Traíçoeira evolução do cancro da mama - Um caso de metastização leptomeníngea

**João Barroso; Carolina Gomes; Desireé Farinha; Matilde Couto; Andreia Machado Ribeiro;
João Frutuoso**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ESTUÁRIO DO TEJO

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

O cancro da mama é a doença oncológica com maior incidência na população feminina portuguesa (à exclusão de neoplasias da pele). A sua detecção precoce é essencial no tratamento atempado e bom prognóstico, no entanto, mesmo em situações que parecem bom controlo de doença podem apresentar agravamento em curto espaço de tempo, escapando à janela temporal de acompanhamento.

Caso Clínico

Doente do sexo feminino, 44 anos de idade, com antecedentes pessoais de carcinoma da mama direita submetido a quimioterapia neoadjuvante, tumorectomia, ressecção ganglionar e radioterapia, sob hormonoterapia, em aparente remissão de doença, recorre ao serviço de urgência por diplopia súbita, tonturas e náuseas. À entrada, apresentava skew vertical do olho direito em posição primária do olhar com parésia de abdução homolateral, cefaleias e cervicalgia.

Punção lombar demonstrou hiperplasticidade de predomínio mononucleado, hipoglicorraquia, hiperproteinorraquia e LDH aumentada.

Ressonância magnética cranio-encefálica revelou T2/FLAIR sulcal envolvendo os folia cerebelosos superiores, com realce de sinal após contraste endovenoso leptomeníngeo assim como aumento da espessura e realce de sinal dos segmentos intracanales dos feixes estatoacústico-faciais, bilateralmente, admitindo-se infiltração leptomeníngea e central secundária.

Analicamente apresentava aumento de CA 15.3

Assumiu-se o diagnóstico de metastização leptomeníngea de carcinoma da mama em aparente recidiva.

Apresentou agravamento, com hipoacusia, amaurose bilateral, desorientação em todas as referências, cervicalgia e cefaleia de controlo progressivamente mais difícil que impossibilitaram a realização de ressonância do neuroeixo necessária para início de radioterapia paliativa.

Sete dias após internamento, a doente foi encontrada em assistolia, tendo-se optado por não realizar manobras de reanimação.

Discussão

O caso atual demonstra que, mesmo com seguimento regular no período pós-terapêutico, o cancro da mama pode evoluir rapidamente configurando prognóstico vital reservado, sendo que a sintomatologia algica e neuropsiquiátrica resultante de metastização do sistema nervoso central constitui um desafio para a realização de exames complementares diagnósticos essenciais à instigação de terapêutica paliativa.

Neutropenia Febril induzida por ocrelizumab em doente com esclerose múltipla: Um Caso Clínico

Catarina Reis Barão; Margarida Guiomar; Inês Matias Lopes; Ana Margarida Silva; Henrique Atalaia Barbacena; Fábila Cerqueira; Raquel Soares; Patrícia Howell Monteiro; Federica Parlato; António Martins Batista

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, EPE / HOSPITAL DE SANTA MARIA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Ocrelizumab é um anticorpo humano recombinante anti CD-20 aprovado para o tratamento da esclerose múltipla primária (EMP). Efeitos adversos comuns relacionados com a infusão são *rash* e prurido. A neutropenia febril tardia (NFT), definida como contagem absoluta de neutrófilos (ANC) $<1.5 \times 10^9/L$ que ocorre >4 semanas após administração do fármaco é uma rara complicação.

Homem, 85 anos, com EMP sob ocrelizumab há 4 anos com última administração há 2 meses, infeções urinárias de repetição e hiperplasia benigna da próstata. Internado para esclarecimento de NF. Clínica de febre, confusão mental, hipotensão e oligúria. Laboratorialmente: ANC $0.01 \times 10^9/L$, creatinina 2,26mg/dL, proteína-C-reativa 34.7 mg/dL, procalcitonina 15.4 mg/dL e lactatos 25 mg/dL, PSA 164 mg/dL. Sem evidência de focos infecciosos em tomografia computadorizada (TC) de corpo. Iniciada fluidoterapia e antibioterapia empírica de largo espectro com piperacilina/tazobactam e ampicilina com melhoria hemodinâmica, subida de ANC mas persistência de febre ao 5º dia de terapêutica. Repetida TC com evidência de consolidações pulmonares, moderado derrame pleural bilateral, abscesso hepático e abscessos prostáticos em organização. Sem isolamentos em múltiplos exames microbiológicos incluída análise de líquido pleural e secreções brônquicas. Decidiu-se escalar antibioticoterapia para meropenem, que realizou durante 2 semanas, e cotrimoxazol durante 6 semanas, com melhoria clínica e sem novas descidas de ANC pelo que decidiu-se manter tratamento com ocrelizumab sob rigorosa supervisão.

A NFT secundária a ocrelizumab é uma complicação rara e imprevisível que pode ocorrer entre 2 e 10 meses após a administração. Reforçamos a importância de reavaliações laboratoriais periódicas para deteção precoce de neutropenia em doentes sob ocrelizumab, bem como a procura ativa de focos infecciosos em doentes com NFT e instituir a antibioticoterapia adequada uma vez que a administração de fatores estimulantes colónias de granulócitos estão associados a *flares* de EMP, o que complica o seu uso na NFT.

Linfoma Difuso de Grandes Células B – o grande mimetizador

Ana Rita Gomes¹; Verónica Guiomar²; Marta Tomé²

¹ INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, EPE / HOSPITAL PEDRO HISPANO

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

O linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) é um dos subtipos mais comuns de Linfomas Não – Hodgkin, frequentemente subdiagnosticado devido à sua complexidade e diversidade de apresentações.

Caso Clínico

doente do sexo feminino de 73 anos de idade, apresentasse no Serviço de Urgência por edema dos membros inferiores e quadro constitucional em evolução nos últimos 3 meses. Ao exame objetivo, era palpável uma massa abdominal na região do hipogastro com contornos irregulares, dolorosa. Analiticamente apresentava lesão renal aguda com creatinina (Cr) sérica de 1,7 mg/dL (para um basal de Cr 0,7 mg/dL), com imagem em TC Abdominopélvico (AP) de lesão expansiva pélvica a condicionar ureterohidronefrose à direita. No seguimento do estudo desta massa, realizado exame ginecológico, no qual não se identificou alterações. Realizada ressonância AP que revelou lesão neoformativa sólida invadindo a vertente direita do colo do útero, a vagina, a parede lateral direita da pelve, a região pré-sagrada e o ureter direito, bem como carcinomatose peritoneal. Tinha doseamento do CA-125 de 1936 UI/MI (normal <35). Realizada biópsia da massa que foi compatível com LDGCB. Após estadiamento, a doente foi proposta para tratamento curativo, mas acabou por evoluir desfavoravelmente com várias intercorrências infecciosas, tendo vindo a falecer.

Discussão

A relevância deste caso clínico prende-se pela apresentação atípica e pouco sugestiva de LDGCB manifesta pela localização ginecológica da massa abdominal e pela elevação do CA-125. Inicialmente, considerou-se tratar de uma neoplasia de origem uterina, hipótese que foi excluída na biópsia. Desta forma, ainda que o diagnóstico de LDGCB seja raro, não se deve excluir a hipótese de se tratar desta entidade quando se nos apresenta uma massa abdominal, mesmo na presença da elevação de marcadores tumorais de neoplasia sólida.

Para além da sintomatologia sicca - Síndrome de Sjogren com manifestações extraglandulares

Ana F. Lopes; Catarina Santos Reis; Inês Isabel Trancoso; Marta Soares Carreira; Paulo Almeida; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A Síndrome de Sjögren é uma doença autoimune caracterizada pela infiltração linfocítica de glândulas exócrinas. A sintomatologia *sicca* é a apresentação mais comum, no entanto, o seu envolvimento sistémico pode levar a um amplo espectro de manifestações extraglandulares, com um impacto negativo na qualidade de vida dos doentes.

Apresenta-se uma doente de 80 anos, com hipotireoidismo secundário a tiroidite autoimune suplementado com levotiroxina e enxaqueca crónica, medicada com topiramato, internada por pneumonia da comunidade. À admissão, apresentava acidemia metabólica com anion gap normal (pH 7.3, pCO₂ 32.2 mmHg, HCO₃⁻ 16.3 mmol/L, Cl⁻ 110 mEq/L), potássio sérico de 3.9 mEq/L e pH urinário de 6.5, sugestivo de acidose tubular renal. Evoluiu favoravelmente após tratamento empírico com amoxicilina-ácido clavulânico. A revisão do processo clínico e anamnese revelou a presença de acidemia metabólica com gap normal em episódio de urgência prévio e queixas de artralgias de ritmo inflamatório, com predomínio ao nível dos punhos e joelhos, xerostomia e dispneia para grandes esforços com seis meses de evolução. Por se tratar de uma possível causa de acidose tubular, foi suspenso topiramato e pedido estudo adicional, no qual se destacava a presença anticorpos anti-nucleares <1/640, fator reumatóide aumentado (47.0 UI/ml) e positividade para anti-SSA, Ro-52 e SS-B, estabelecendo o diagnóstico de Síndrome de Sjögren. Após a alta, foi reavaliada em consulta, onde persistiam queixas de dispneia e se objetivou acidose metabólica compensada (pH 7.40, pCO₂ 30.3 mmHg, HCO₃⁻ 18.4 mmol/L). Foi realizada tomografia axial computadorizada torácica de alta resolução compatível com doença pulmonar intersticial fibrosante com padrão de pneumonia intersticial usual (UIP), assumindo-se síndrome de Sjögren com atingimento extra-glandular (renal e pulmonar). Neste contexto, iniciou prednisolona 40mg com melhoria clínica significativa.

O tratamento da Síndrome de Sjögren centra-se no controlo sintomático da sintomatologia *sicca*. Casos com manifestações extraglandulares carecem de uma abordagem multidisciplinar, com introdução de terapêutica imunossupressora e acompanhamento regular para monitorização da progressão da doença e dos efeitos do tratamento. Este caso destaca a importância de uma anamnese exaustiva.

Défice grave de ácido fólico – causa adquirida reversível de neutropenia

Miguel Ângelo Sousa; Diana Alexandre; Rui Salvador; Catarina Antunes Salvado; Ana Sofia Reis; Adriana Pereira Guedes; Pedro Oliveira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

O ácido fólico é um importante fator envolvido na produção de ácidos nucleicos. O seu défice é particularmente notado na hematopoiese, podendo resultar em citopenias que mimetizam neoplasias hematológicas. O esfregaço do sangue periférico (ESP) costuma demonstrar megaloblastos e neutrófilos hipersegmentados. Tem ainda importantes funções neurológicas, estando implicado na fisiopatologia das Perturbações Depressivas e das Demências.

Caso Clínico

Mulher, 78 anos, antecedentes de Gastrite crónica *H. pylori* negativa e Depressão, medicada com Omeprazol e Fluoxetina, recorre ao SU por tosse produtiva, astenia e anorexia com uma semana de evolução. Ao exame objetivo: hemodinamicamente estável, apirética, polipneica, SpO2 92% em ar ambiente, sem organomegalias ou adenomegalias palpáveis. Analiticamente: anemia normocítica (Hemoglobina 10.5g/dL), neutropenia de novo (250/uL), plaquetograma normal e elevação da PCR (13.10mg/dL); Bilirrubina total e LDH normais. ESP com 5% de células monocitóides, cujos núcleos apresentam cromatina imatura, contorno irregular e esboços de nucléolo, questionando-se presença de promonócitos ou blastos. Radiografia torácica com infiltrado broncovascular bilateral. Assumida Bronquite Aguda da Comunidade e Neutropenia grave e internada para estudo. Estudo complementar com défice grave de ácido fólico (0.8ng/mL), sem défice de vitamina B12 ou ferropenia; função tiroideia normal. Imunofenotipagem do sangue periférico sem células patológicas. Hemoculturas negativas. Excluídas infeções víricas e Tuberculose. TC toracoabdominopélvico sem neoplasia. Anticorpos antinucleares negativos. Sem défice de imunoglobulinas. Iniciada suplementação com ácido fólico. Evoluções clínica e analítica favoráveis, com melhoria da contagem de neutrófilos e da hemoglobina.

Discussão

A anemia e a neutropenia apresentadas pela doente são justificáveis pela infeção e défice de ácido fólico, sendo que as alterações morfológicas identificadas no ESP dão maior preponderância ao segundo. Admite-se que este défice tenha surgido pelo baixo aporte e má absorção associada à gastrite crónica e ao omeprazol. O défice de ácido fólico deve ser sempre excluído na presença de citopenias de novo, antes de estudos complementares invasivos, por suspeita de neoplasia hematológica.

Vasculite e doença associada a anticorpos contra a glicoproteína da mielina de oligodendrócitos

Beatriz Teixeira Lima¹; André S. Carvalho¹; Ana Catarina Camarneiro¹; Alexandra Esteves²; Sara Joana Faria¹; Inês B. Mesquita¹; Ricardo Rocha Gomes¹; Susana Magalhães¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO MONDEGO

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A poliangeíte microscópica (PAM) é uma vasculite rara com incidência de 2 a 12 casos por milhão de habitantes/ano, mais comum em homens acima dos 50 anos. A doença associada a anticorpos contra a glicoproteína da mielina de oligodendrócitos (MOGAD) é uma doença inflamatória desmielinizante do sistema nervoso central com uma incidência estimada em 1 a 3 casos por milhão de habitantes/ano. A relação entre a MOGAD e vasculites associadas a anticorpo anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) é ainda mais rara na literatura.

Homem de 51 anos, encaminhado ao Serviço de Urgência por alterações de novo em análises de rotina: hemoglobina 9.8g/dL, creatinina 4mg/dL, velocidade de sedimentação 76mm/h, proteinúria, eritrocitúria, albumina/creatinina aumentada. História de odontalgia para a qual tomou ibuprofeno 1,8g/dia 7 dias. Sem mialgias, anorexia, sudorese, disúria, polaquiúria, hematúria, urina espumosa, ortopneia, edemas, tosse, hemoptises, alterações gastrointestinais. Referiu perda de peso 7 kg em 2 anos e dispepsia com náuseas com 1 dia. Antecedentes de neuromielite ótica MOGAD, tendo perdido seguimento na Neurologia. Do estudo complementar salienta-se hematúria microscópica, proteinúria não nefrótica, macroalbuminúria, ANCA anticorpos anti-mieloperoxidase (MPO) positivos (38U/mL). A biópsia renal revelou glomérulos esclerosados, atrofia tubular, fibrose intersticial e espessamento da camada média das arteríolas. Cumpriu protocolo de indução de vasculite ANCA com ciclofosfamida e rituximab e esquema de corticoide.

Apesar de ser uma doença rara, a PAM é grave e potencialmente fatal, especialmente devido à glomerulonefrite rapidamente progressiva e quando envolvimento pulmonar associado. O diagnóstico precoce e o tratamento com imunossuppressores são fundamentais para melhorar o prognóstico. A MOGAD é raramente relatada como sendo complicada por outras doenças autoimunes. Destaca-se a rara associação entre a MOGAD e as vasculites ANCA: 3 relatos de caso descritos na literatura.

Cardiomiopatia de Takotsubo

Carolina Vasconcelos Guimaraes; Rui Ribeiro; Helena Hipólito Reis; Margarida Fonseca; Sofia Pereira; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

A cardiomiopatia de Takotsubo é uma condição cardíaca temporária que se assemelha a uma síndrome coronária aguda, mas sem obstrução significativa das artérias coronárias. Caracteriza-se por uma disfunção sistólica transitória do ventrículo esquerdo, frequentemente desencadeada por stress emocional ou físico intenso.

Caso Clínico

Mulher de 78 anos, com antecedentes pessoais de relevo de dislipidemia (não medicada), osteoporose e depressão. Levada ao SU após episódio de síncope. Revendo com os familiares estava prostrada e desorientada há duas semanas. Sem febre. Sem dor torácica, dispneia, ortopneia, DPN ou palpitações. À admissão, TA 133/76mmHg, FC 91bpm; auscultação cardiopulmonar sem alterações de relevo. Sem edema periférico. Exame neurológico: lentificada e com desorientação temporo-espacial, sem outras alterações. ECG: RS 95bpm, elevação segmento ST V2-V3, inversão da onda T V4-V6. Da restante investigação realizada, analiticamente sem SIRS analítico, com Trop I 2979.7ng/L (máx); ecocardiograma transtorácico (ETT) com ventrículo esquerdo dilatado, disfunção severa, acinésia de todos os segmentos médio-apicais, ventrículo direito não dilatado, com acinésia apical e segmento médio hiperdinâmico, com aceleração de fluxo médio-ventricular. Quadro clínico e alterações ecocardiográficas compatíveis com miocardiopatia de stress. Durante o internamento, nas avaliações morfofuncionais subsequentes por ETT com melhoria da função sistólica do ventrículo esquerdo (FSVE). Último ETT (2 semanas após admissão) com FSVE conservada, sem alterações significativas da contratilidade segmentar em repouso. Work-up diagnóstico a excluir outras causas, tendo como fator despoletante um evento emocional, o falecimento recente do marido da doente.

Conclusão

Esta condição afeta predominantemente mulheres pós-menopáusicas, sugerindo que a deficiência de estrogénios pode ser um fator de risco significativo. Apesar da notável melhoria da FSVE no caso clínico que trazemos, embora anteriormente considerada uma condição benigna e autolimitada, estudos recentes indicam que alguns doentes podem apresentar disfunção cardíaca persistente e sintomas limitantes, mesmo após a normalização da fração de ejeção ventricular esquerda.

Febre de Origem Indeterminada? Considerar a Síndrome Maligna dos Neurolépticos!

Daniela Alves; Paula Mesquita; Sara Bravo; Raquel Vieira; Sérgio Monteiro; Christian Neves; Juliana Nogueira; João Fonseca; Susana Cavadas

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

A Síndrome Maligna dos Neurolépticos (SMN) é uma condição rara e potencialmente fatal, associada ao uso de neurolépticos. Caracteriza-se por hipertermia, rigidez muscular, alterações do estado mental e disfunção autonómica. A fisiopatologia não é completamente conhecida, mas acredita-se estar relacionada com disfunção dopaminérgica central.

Caso Clínico

Homem, 55 anos, com esquizofrenia e oligofrenia, medicado com decanoato de haloperidol intramuscular mensalmente. Internado após traumatismo do joelho direito com lesão do nervo peroneal. Ao 5º dia, desenvolveu hipertermia refratária a antipiréticos, sendo avaliado pela Medicina Interna.

Apresentava-se em mutismo, incapaz de manifestar queixas. Foi identificado no registo clínico dos dias prévios o uso de haloperidol por agitação. Ao exame, encontrava-se polipneico, taquicárdico, hipertenso, diaforético, com temperatura de 38,7-40,0°C, desidratado e com rigidez muscular generalizada. Analiticamente, destacavam-se elevação marcada da creatina-fosfoquinase (CPK), hipernatremia e discreta leucocitose, com PCR e procalcitonina normais. O estudo complementar excluiu infeção.

Perante o quadro clínico-laboratorial, foi assumida SMN e iniciada terapêutica com dantroleno, com melhoria progressiva da rigidez muscular, apirexia sustentada e declínio dos valores de CPK ao 2º dia. Durante o internamento, desenvolveu tromboflebite exuberante do membro superior esquerdo, como complicação da administração endovenosa de dantroleno (tratada com linezolida oral). Por esta razão, foi realizada transição para bromocriptina oral.

Após uma semana de tratamento, observou-se resolução completa dos sintomas, mantendo-se bromocriptina por mais duas semanas.

Conclusão

A SMN é uma emergência médica que exige reconhecimento imediato e intervenção precoce. O tratamento adequado reduz significativamente a morbimortalidade, reforçando a necessidade de sensibilização dos profissionais de saúde para esta entidade potencialmente letal.

Cefaleia ameaçadora de vida

Viktor Baiherych; Tetiana Baiherych; Carlos Nancassa; Adelaide Fugueredo; Cristina Esteves

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA LEZÍRIA

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A cefaleia é uma das causas mais frequentes que motivam a vinda ao Serviço de Urgência. As causas mais prevalentes são: acidente vascular cerebral, enxaqueca, crise hipertensiva, doenças infecciosas, doenças do foro ORL. Aliás, existem outras causas de cefaleia mais raras, incluindo por exemplo, lesão ocupante espaço, cefaleia em salvas e hipertensão intracraniana.

Caso clínico

Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, 68 anos de idade, autónomo, com antecedentes pessoais de HTA e dislipidemia. O doente recorreu ao SU por cefaleia, vômitos alimentares com 12 horas de evolução. À observação: doente consciente e orientado, hemodinamicamente estável, apiretico, sem outras alterações ao exame objetivo, incluindo um exame neurológico normal. Analiticamente sem alterações relevantes. Por cefaleia intensa e resistente a medidas terapêuticas, foi realizada TAC-CE que revelou: “Massa selar e perisselar, com invasão do seio esfenoidal e parcial apagamento da cisterna supraselar, isodensa e pequenas dispersas hiperdensidades hemáticas agudas.” O doente ficou internado com a hipótese diagnóstica de macroadenoma hipofisário vs metástases cerebrais. No primeiro dia do internamento evoluiu desfavoravelmente afundando o estado de consciência e diplopia. Ao terceiro dia do internamento, apresentou quadro de cegueira binocular, confusão mental e hipotensão arterial, quadro sugestivo de apoplexia pituitária, pelo que foi transferido para o serviço de Neurocirurgia e operado de urgência. A RM CE pré operatória veio a confirmar: “necrose hemorrágica em doente com provável macroadenoma hipofisário subjacente (27 mm), admitindo-se repercussão sobre as vias ópticas com provável edema do quiasma e fita óptica esquerda e supradesnivelamento do quiasma óptico.” O exame histológico veio a revelar tumor neuroendócrino pituitário. O período pós-operatório sem intercorrências, passando a ser seguido em consulta de Neurocirurgia.

Conclusão

A cefaleia, apesar de ser uma queixa muito prevalente no serviço de urgência, pode ter causas mais raras e potencialmente ameaçadoras de vida. Este caso clínico de apoplexia pituitária em doente com macroadenoma de hipófise, manifestado por cefaleia, reforça a importância do despiste de causas raras na abordagem ao doente com esta sintomatologia.

Doença de Still do Adulto

Carolina Vasconcelos Guimaraes; Rui Ribeiro; Helena Hipólito Reis; Margarida Fonseca; Sofia Pereira; Ana Pastor; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A Doença de Still do Adulto é uma doença inflamatória sistémica com um espectro de apresentações clínicas amplo. Apesar de ser uma entidade rara, deve ser considerada no diagnóstico diferencial de febre sem foco, sendo um diagnóstico de exclusão. A etiologia ainda não está completamente esclarecida, mas acredita-se que seja causada por uma resposta inflamatória exacerbada, possivelmente induzida por infeções ou predisposição genética.

Mulher, 35 anos, melanodérmica, fumadora ativa (5 UMAs), sem outros antecedentes pessoais de relevo. Recorreu ao SU por poliartralgias aditivas, com envolvimento simétrico e rigidez matinal (joelhos, punhos e interfalângicas proximais) e quadro constitucional com 3 meses de evolução (anorexia, astenia, perda ponderal, hipersudorese noturna e febre). Sem contexto epidemiológico ou antecedentes familiares de relevo. Hemodinamicamente estável, apirética, sem achados relevantes no exame objetivo. Analiticamente com anemia microcítica normocrómica (Hb 10.2g/dL; VCM 65.7fL). Leucocitose neutrofílica (leuc 28.58×10^9), PCR 323.0mg/L. Ligeira citólise, sem colestase ou hiperbilirrubinemia. Lesão renal aguda, Cr 1.38mg/dL/ureia 56, sem distúrbios iónicos de relevo. Da investigação realizada, excluídas causas infecciosas e neoplásicas, tratando-se de uma doença de Still do Adulto - Critérios de Yamaguchi - tem 3 critérios major: febre $>39^\circ\text{C}$ >1 semana; artralgias >2 semanas, rash e 3 critérios minor: linfadenopatias, hepatomegalia, citólise). Acresce a favor desta hipótese valores de ferritina $>3000\text{ng/mL}$ (máx de 10.000ng/mL) Iniciou corticoterapia (1mg/kg/dia) com resolução da febre, artralgias e melhoria do estado geral. Posteriormente iniciou desmame corticóide e Anakinra 100mg/dia, sem recidiva das queixas.

A dificuldade e atraso no diagnóstico estão relacionados com o facto dos sintomas e sinais não serem específicos e nem sempre coexistirem no tempo. Adicionalmente, o rash cutâneo típico constitui uma pista diagnóstica importante, tendo este sintoma, no caso clínico que trazemos, ter sido manifestado apenas no início do quadro e desvalorizado pela doente, só mencionado à posteriori. Por ter uma apresentação clínica heterogénea, ser uma entidade rara e sem achados patognomónicos, a doença de Still do adulto representa um verdadeiro desafio diagnóstico

Haemophilus influenzae não tipável – agente incomum de meningite no adulto

Miguel Ângelo Sousa; Pedro Tavares de Almeida; Rui Salvador; Adriana Pereira Guedes; Catarina Antunes Salvado; Ana Sofia Reis; Carlos Figueiredo; Marta Bastos; Fábio Murteira; Manuel Barbosa; Janine Resende; Margarida Correia

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

O *Haemophilus influenzae* é um cocobacilo Gram negativo comensal do trato respiratório superior. Desde a introdução da vacina contra *Haemophilus influenzae* tipo b (o serótipo mais virulento) no Plano Nacional de Vacinação (2000) que as estirpes não tipáveis são as principais responsáveis pelas infeções invasivas por aquele microrganismo, principalmente em recém-nascidos, idosos e imunocomprometidos. Atualmente, o *Haemophilus influenzae* é o agente causador de meningite no adulto somente em 3% dos casos, habitualmente associada a otite ou sinusite.

Caso Clínico

Mulher de 48 anos, sem antecedentes de relevo, recorre ao SU por otalgia e otorreia serohemática após quadro de febrícula com 3 dias de evolução. Diagnosticada Otite Média Aguda supurativa do ouvido direito. Teve alta sob Amoxicilina/Ácido clavulânico 875+125 mg q12h *per os* e Dexametasona/Ofloxacina tópicos. Retorna ao SU dois dias depois por agravamento clínico, febre (39°C), cefaleia holocraniana, dificuldade na mobilização cervical e vômitos. Ao exame objetivo, apresenta-se febril, sonolenta, orientada, com sinais meníngeos, sem sinais neurológicos focais e hemodinamicamente estável. O TC cranioencefálico demonstra preenchimento inflamatório otomastoideu direito. Realiza punção lombar com saída de líquido ligeiramente turvo. Inicia Dexametasona 10mg q6h e Ceftriaxona 2g q12h após colheita de hemoculturas. O estudo do líquido evidencia pleocitose com predomínio de polimorfonucleares, proteinorráquia e consumo de glicose, com identificação de *H. influenzae* por método de biologia molecular. É internada na unidade de cuidados intermédios de Medicina Interna com o diagnóstico de Meningite bacteriana aguda por *H. influenzae*. Os exames bacteriológicos do líquido e do sangue identificam o mesmo agente, sensível ao antibiótico iniciado empiricamente. Tem evoluções clínica e analítica favoráveis. A determinação do serótipo revela uma estirpe não tipável.

Discussão

Apesar de ser um agente raro de meningite, não deve ser esquecido, principalmente quando existem quadros de sinusite ou otite associados. O curso é relativamente benigno e com bom prognóstico, especialmente quando comparado com a Meningite por *Streptococcus pneumoniae*. A corticoterapia reduz a probabilidade de hipoacusia e outras sequelas neurológicas.

Endocardite de eletrocater

Viktor Baiherych; Tetiana Baiherych; Carlos Nancassa; Beatriz Andrade; Adelaide Figueredo; Cristina Esteves

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA LEZÍRIA

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

A endocardite é uma infecção microbiana do revestimento endocárdico atingindo um número crescente de doentes idosos e com muitas comorbidades, como o consequente aumento das taxas de infecção nos últimos anos. A endocardite relacionada com as sondas de pacemaker é uma complicação infecciosa rara (incidência de 0,13-19,9%), mas grave.

Caso clínico

Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, de 88 anos, autónomo, com antecedentes pessoais de HTA, FA e neoplasia da próstata, que recorreu ao SU por dispneia, agravamento de edemas dos membros inferiores e mialgias com 4 dias de evolução. À admissão apresentava-se: polipneico e hipoxêmico, auscultação cardíaca arritmica, fúrvos crepitantes bibasais, auscultação pulmonar e edemas dos membros inferiores Godet +++. Analiticamente verificou-se neutrofilia, sem leucocitose, PCR 15 mg/dL Cr 1.6 mg/dL, Ureia 128 mg/dL, NT-proBNP 11216 pg/mL e pesquisa do vírus sincicial respiratório (VSR) positiva. O doente ficou internado por insuficiência cardíaca descompensada em contexto de Infecção VSR com provável sobreinfecção bacteriana. Foram realizado restreio séptico e iniciado antibioterapia. Três hemoculturas e cultura de expectoração foram positivas a *Haemophilus influenzae*. Para exclusão de endocardite em doente portador de pacemaker com bacteriemia a *Haemophilus influenzae*, foi realizado ecoTT, que revelou: "(...) Espessamento ecodenso localizado no folheto anterior da válvula mitral." Para confirmação da endocardite foi realizado ecocardiograma transesofágico que revelou: "(...) Provável endocardite de electrocater." O doente foi avaliado por Cardiologia, que perante clínica favorável sob a antibioterapia dirigida e dado as comorbidades optou por terapêutica conservadora com vigilância apertada sem remoção de pacemaker.

Conclusão

A endocardite é uma emergência antibiótica, e se não for identificada e tratada atempadamente, pode danificar ou destruir as válvulas cardíacas e causar complicações potencialmente fatais, especificamente em idosos com comorbidades múltiplas. O diagnóstico de endocardite continua ser desafio. A endocardite relacionada aos pacemakers é uma entidade importante e deve ser incluída nos diagnósticos diferenciais de pacientes portadores desses dispositivos com quadros infecciosos.

Tuberculose do Sistema Nervoso Central em doente imunocompetente: Desafio Diagnóstico

Monika Dvorakova; Sofia Sobral; Teresa Bernardo; Ines Vale; Henrique Rita; Diana Marreiros

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO LITORAL ALENTEJANO, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A tuberculose extrapulmonar, embora rara, representa um desafio diagnóstico importante, especialmente no sistema nervoso central (SNC). Comumente diagnosticada em doentes imunodeprimidos, a tuberculose do SNC também pode ocorrer em indivíduos imunocompetentes. Este caso ilustra uma apresentação atípica, com múltiplas lesões cerebrais e pulmonares, sendo a tuberculose uma hipótese diagnóstica a considerar.

Caso clínico

Doente de 48 anos, natural de São Tomé e Príncipe, sem hábitos toxifílicos, sem uso de imunossupressores, recorreu ao Serviço de urgência devido a um quadro evolutivo de 3 meses de anorexia, astenia, perda ponderal e febre vespertina. Ao exame objetivo apresentava emagrecimento, com IMC de 16 kg/m², analiticamente com leucocitose e PCR elevada. A radiografia de tórax revelou lesões pulmonares suspeitas. A tomografia torácica e a tomografia computadorizada por emissão de pósitrons (PET) indicaram possibilidade de neoplasia pulmonar com metástases cerebrais. Durante a investigação apresentou um episódio neurológico com paresia e parestesia do membro superior esquerdo. A ressonância magnética crânio-encefálica mostrou múltiplas lesões cerebrais com realce anelar após contraste, sugerindo granulomas tuberculosos. O diagnóstico foi confirmado com a deteção molecular de *Mycobacterium tuberculosis* em expectoração. O doente iniciou terapêutica antibacilar com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol, evoluindo com melhora clínica significativa e regressão das lesões cerebrais.

Discussão

Este caso destaca a importância de considerar a tuberculose do SNC mesmo em doentes imunocompetentes, especialmente quando há lesões pulmonares e cerebrais concomitantes. A apresentação neurológica pode ser inespecífica, com sinais subagudos como cefaleia ou déficits neurológicos focais, tornando o diagnóstico mais difícil. O tratamento precoce com antibacilares é crucial para melhorar o prognóstico, prevenindo complicações graves como hipertensão intracraniana e danos cerebrais permanentes.

Malária Maligna em doente retornado do Uganda

Monika Dvorakova; Teresa Bernardo; Henrique Rita; Monica Silva; Diana Marreiros

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO LITORAL ALENTEJANO, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A malária continua a ser uma das doenças infecciosas mais prevalentes em áreas tropicais, com a forma mais grave causada pelo *Plasmodium falciparum*.

Este caso clínico destaca um doente com malária maligna, diagnosticado após viagem ao Uganda, e os desafios envolvidos na gestão de sua condição.

Caso clínico

Doente masculino de 68 anos, guia turístico em África com história de viagem recente ao Uganda (total de 65 viagens a África) sem ter realizado profilaxia para malária foi admitido por febre, fraqueza e diarreia. O exame de esfregaço sanguíneo identificou *Plasmodium falciparum* com 2,6%, tendo evoluído para a parasitemia de 41% no dia seguinte. Iniciado tratamento com artesunato, clindamicina e suporte vasopressor a parasitemia diminuiu para 0,32%. Foi transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos de Doenças Infecciosas (UCIDI). Após a admissão na UCIDI estava consciente, taquipneico, com instabilidade hemodinâmica. Devido à insuficiência renal com anúria, foi iniciada diálise venovenosa contínua (CVVHD). Assistiu-se rápida evolução para um novo agravamento do quadro, com perda de consciência, respiração irregular, sendo intubado e iniciada ventilação pulmonar invasiva. Seguiu-se um colapso circulatório apesar de suporte de vasopressina e noradrenalina, aumento do lactato e agravamento da acidose metabólica. O aumento da dose de catecolaminas não teve efeito, e o doente faleceu devido a falência multiorgânica.

Discussão

Este caso sublinha a gravidade da malária causada por *Plasmodium falciparum*, especialmente em doentes sem profilaxia. A malária grave pode evoluir rapidamente para falência orgânica múltipla. A gestão da insuficiência respiratória e renal, juntamente com a correção dos distúrbios ácido-base, são intervenções fundamentais para melhorar os desfechos clínicos.

Este caso clínico enfatiza a importância de prevenção eficaz em viajantes para áreas endêmicas de malária. A educação sobre a profilaxia antimalárica e o reconhecimento precoce dos sintomas podem salvar vidas.

Síndrome Hemofagocítica (SHF): a propósito de um caso clínico

Natacha M. Medeiros; Inês Amarante; César Lourenço; Luís Dias

HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO, PONTA DELGADA

Tema: Doenças oncológicas

A febre é um motivo comum no serviço de urgência (SU) e internamento na Medicina Interna. As suas etiologias são inúmeras, desde situações simples até causas raras e complexas cujo diagnóstico constitui um verdadeiro desafio.

Caso clínico

Mulher de 66 anos, com fatores de risco cardiovascular. Com quadro de anorexia e perda ponderal com 3 meses de evolução. Recorreu ao SU por disúria e febre. Sem outras queixas. Ao exame objetivo sem alterações a salientar. Analiticamente: Hb 8.5g/dL, Leucócitos 6600, Plaquetas 64000, PCR 13.2mg/dL. Iniciado empiricamente cefalosporina. Durante internamento, febre de difícil cedência, esplenomegalia, pancitopenia de novo e subida progressiva dos parâmetros inflamatórios. Exames culturais negativos. Feita exclusão exaustiva de causas infecciosas. Pedida colaboração de Hematologia, que realizou biópsia óssea. Exame de imagem que objectivou hepatoesplenomegalia, sem adenopatias ou coleções abcedadas. Evolutivamente, com agravamento da pancitopenia e necessidade transfusional. Colocou-se a hipótese de SHF. Para confirmação, feito doseamento de ferritina 5281.2ng/mL, fibrinogénio 435mg/dL e triglicerídeos 436mg/dL e pedido de receptor solúvel da interleucina 2. Por agravamento clínico, decidido com Hematologia início de terapêutica com dexametasona e etoposídeo. Sob a terapêutica, verificou-se apirexia, melhoria do estado geral e analiticamente descida dos parâmetros inflamatórios. Posteriormente, resultado histopatológico de linfoma difuso de grandes células B, com infiltração hepatoesplénica e medula óssea. Transferida para Hematologia para iniciar R-CHOP.

Nos adultos, a SHF é habitualmente secundária a uma condição predisponente que está na base da desregulação imune, como neoplasia (especialmente hematológicas), doenças auto-imunes ou imunodeficiências e/ou a um trigger como infeção bacteriana/viral, fúngica ou parasitária. Pela inexistência de sintomas ou sinais específicos o diagnóstico da SHF pode ser desafiante.

Síndrome de Dress: a propósito de um caso clínico

Natacha M. Medeiros; Inês Amarante; César Lourenço; Luís Dias

HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO, PONTA DELGADA

Tema: Doenças raras

As alterações cutâneas correspondem a um efeito adverso extremamente comum de terapêutica farmacológica. Os anticomiciais, alopurinol, antibacilares, minociclina e vancomicina são os fármacos com elevado risco de toxicodermia. O síndrome de DRESS, é uma entidade potencialmente ameaçadora de vida, caracterizada por rash cutâneo, febre, alterações hematológicas e envolvimento de 1 ou mais órgãos.

Caso clínico

Homem, 24 anos, com antecedentes conhecidos de diabetes mellitus tipo 1 mal controlado, com complicações micro e macrovasculares, doença renal crónica terminal por nefropatia diabética e hipertensiva, já em programa regular de hemodiálise e hipertensão arterial. Com múltiplos internamentos por intercorrências infecciosas. Enviado da sessão de hemodiálise para o Serviço de Urgência por rash maculopapular pruriginoso disperso, que convergia em placas e desaparecia à digitopressão, sem envolvimento de mucosas, com 3 dias de evolução e febre. Analiticamente com eosinofilia, aumentos dos parâmetros de fase aguda, alterações da enzimologia hepática. Teria tido um internamento prévio, onde por intercorrência infecciosa necessitou de fazer B-lactâmico. Sem introdução de novos fármacos desde então. Feita exclusão de causas infecciosas e autoimunidade. Realizada biópsia cutânea, que foi inconclusiva. Assumido, DRESS, iniciou corticoterapia sistémica 1mg/kg, em desmame lento. Foi observado por Dermatologia que assumiu o diagnóstico e concordou com a orientação. Após, com melhoria franca das alterações cutâneas e resolução da citocolestase. Observado por Imunoalergologia que indicou evicção de beta-lactâmico e orientou para posterior estudo em consulta.

O presente caso, pretende ressaltar a importância de considerar fármacos menos comuns, contribuindo assim para o diagnóstico precoce e suspensão ou identificação do agente trigger, minorando a morbimortalidade associada.

Cirrose hepática secundária a défice de alfa-1 antitripsina

Rafaela M. Ribeiro; André Soares; Gonçalo Fonseca; Carolina Lemos; Maria Inês Risto; Nuno Moreira; Andreia Vilas-Boas

HOSPITAL DA LUZ ARRÁBIDA

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

O défice de alfa-1 antitripsina (AAT) é causado por mutações genéticas no gene SERPINA1, sendo o genótipo mais comum o PI*ZZ. A atividade da elastase neutrofílica sem oposição pela AAT induz danos às proteínas estruturais alveolares, resultando em enfisema de predomínio basal que surge geralmente antes dos 45 anos. Em 10% dos casos ocorre doença hepática induzida pelo acúmulo de polímeros de AAT nos hepatócitos. A variabilidade das formas de apresentação associa-se ao tabagismo e exposição ocupacional. O tabagismo pode exacerbar o declínio da função pulmonar enquanto que a hepatopatia é mais frequente em não fumadores, ocorrendo em idade mais tardia.

Homem de 71 anos com antecedentes de hepatopatia crónica assintomática, sem etiologia definida, e ex-fumador de 30 UMA que cessou consumo há 30 anos. Avaliado por aumento de volume abdominal, no estudo do qual foi identificada cirrose hepática com ascite de grande volume compatível com hipertensão portal, achados imagiológicos compatíveis com cirrose hepática e esplenomegalia e trombocitopenia. Internado para estudo da doença hepática e pela descompensação edemato-ascítica. Investigação para doenças hepáticas metabólicas, virais e imunomediadas negativa e sem exposição a hepatotóxicos. O doseamento de AAT apresentou valor 70% abaixo do limite inferior de normalidade e o estudo genético identificou a presença do genótipo PI*ZZ. A endoscopia digestiva revelou varizes esofágicas grandes e gastropatia hipertensiva. Realizada TC torácica que revelou enfisema basal e provas de função respiratória com padrão obstrutivo. Encerrou-se assim o diagnóstico de cirrose hepática por défice de AAT. Foi instituída terapêutica para compensação da doença hepática e referenciado para consulta de estudo pré-transplante hepático.

O défice de AAT é uma causa pouco reconhecida de cirrose hepática, levando a atrasos no diagnóstico e tratamento. Este caso reforça a importância do doseamento de AAT nos doentes com hepatopatia crónica inexplicada.

Diplopia como manifestação inicial de artrite de células gigantes

Rafaela M. Ribeiro; Carolina Lemos; Nuno Moreira; Maria Inês Risto; Gonçalo Fonseca; Andreia Vilas-Boas; Alfredo Martins

HOSPITAL DA LUZ ARRÁBIDA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A arterite de células gigantes (ACG) é uma vasculite sistémica que atinge artérias de médio e grande calibre. A idade média de diagnóstico é 72 anos. Os sintomas mais comuns são cefaleia, febre e claudicação da mandíbula. Todas as manifestações oftalmológicas agudas são emergências, dado o risco de danos progressivos e permanentes. A perda de visão é a complicação mais temida, mas a amaurose fugaz, ptose e dor ocular também podem ocorrer. A diplopia é rara, afetando 2-15% dos pacientes, ocorrendo por oftalmoplegia, por envolvimento dos III, IV e V I pares cranianos ou por isquemia muscular extraocular. Os doentes podem apresentar diplopia constante ou transitória, com ou sem perda de visão.

Caso Clínico

Mulher de 82 anos com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e ex-fumadora. Avaliada por cefaleia occipital com 1 semana de evolução e diplopia desde há 24h. À admissão encontrava-se febril. Ao exame neurológico apresentava parésia do nervo abducente direito, sem outros défices. Analiticamente com anemia e elevação significativa da proteína C-reativa e da velocidade de sedimentação. Realizou Angio-TC cerebral e TC cervico-torácico sem achados compatíveis com etiologia isquémica, neoplásica ou infecciosa. Por suspeita de ACG realizado Doppler das artérias temporais que mostrou espessamento mural desta artéria à direita, com aparente estenose focal. Iniciou corticoterapia na dose adequada. Posteriormente realizou ainda biópsia da artéria temporal onde se identificaram células gigantes multinucleadas, confirmando o diagnóstico de ACG. Atualmente encontra-se assintomática e sob tocilizumab.

Discussão

A ACG deve ser considerada em casos de diplopia constante ou transitória, a par da exclusão de evento neurológico agudo. Na ausência de evidências claras acerca do perfil clínico de pacientes com risco de ACG versus aqueles com outras etiologias de diplopia, uma história clínica, exame físico completos e marcadores laboratoriais são fundamentais.

Cistite intersticial: a propósito de um caso clínico

Natacha M. Medeiros; Inês Amarante; César Lourenço; Luís Dias

HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO, PONTA DELGADA

Tema: Doenças raras

A síndrome de cistite intersticial é uma patologia relativamente incomum, embora a sua prevalência esteja subestimada. Consiste tipicamente em dor ou desconforto suprapúbico, que agrava com o enchimento vesical e melhora após a micção.

Caso clínico

Mulher, 37 anos, sem antecedentes pessoais e familiares de relevo. Com queixas arrastadas de polaquiúria e desconforto suprapúbico, que agravavam com o enchimento da bexiga e melhoravam com o seu esvaziamento. Sem disúria, urgência miccional e sem febre. Ao exame objetivo, com desconforto à palpação profunda do hipogastro, sem organomegalias. Estudo sumário de urina tipo II, urocultura, ecografia renovesical e TC abdominopélvico sem qualquer alteração. Observada por Ginecologia, sem alterações com significado patológico. Por manutenção das queixas voltou a repetir estudo, que consistentemente se revelou sem alterações. Assumida provável cistite intersticial, iniciado antidepressivo tricíclico, apresentando melhoria progressiva das queixas.

A cistite intersticial/síndrome bexiga dolorosa é um diagnóstico de exclusão. O início da sintomatologia é gradual, perdurando as queixas por vários meses, tendo, assim, grande impacto na qualidade de vida dos doentes. Pela sobreposição das queixas com outros diagnósticos diferenciais é crucial a exclusão de outras entidades patológicas.

Derrame pleural, um diagnóstico incerto

Sérgio Cabaço; Conceição Loureiro; Manuel Serrano; Inês Matos Ferreira; Inês M. Fiuza Rúa; Diogo Ramos; Wendy Moniz

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A tuberculose (TB) pleural é a segunda forma mais frequente de TB a nível mundial. Em adultos está geralmente associada à reativação da doença e manifesta-se usualmente com derrame pleural do tipo exsudado. Masculino, 57 anos, raça negra, guineense, saudável. Recorreu ao serviço de urgência por quadro com quatro semanas de evolução de febre, mialgias, perda de peso não quantificada, tosse seca e dispneia de agravamento progressivo com ortopneia. Apresentava na auscultação pulmonar um murmúrio vesicular diminuído em todo o hemitórax direito. Analiticamente hemoglobina 10.3g/dL, hiponatremia 127 mEq/L, proteína C reativa 183.6mg/L, VS 71mm/h e Adenosina desaminase (ADA) 16.4U/L. Tomografia computadorizada (TC) com derrame pleural direito do ápex à base, atelectasia passiva do lobo médio, quase total do inferior e parcial do superior com densificação em vidro despolido, sem alterações pleurais focais; toracocentese com drenagem de 500cc de líquido pleural (LP), citológico compatível com exsudado sem critérios de empiema. Deste, bacteriológico estéril, teste molecular de amplificação de ácidos nucleicos (TAAN) negativo e micobacteriológico em curso à data. Antigenurias urinárias e hemoculturas negativas. Bacilo álcool-ácido resistente e TAAN na expectoração negativos, micobacteriológico em curso à data. No internamento por persistência de febre (um pico diário de manhã) sob antibioterapia empírica decidiu-se por nova análise do LP com colocação de dreno torácico. Drenou 3200cc, características semelhantes, ADA 57.6U/L e novamente com TAAN negativo. Citologia negativa para células neoplásicas em ambas as amostras. Broncofibroscopia (BFC) com exame direto e TAAN negativos. Pelo elevado índice de suspeição realizada biópsia pleural cujo exame cultural se revelou positivo para M. tuberculosis. A TB pleural em adultos imunocompetentes é rara. A apresentação com derrame pleural é uma realidade, sendo importante manter um elevado nível de suspeição e persecução da investigação mesmo quando os exames de abordagem inicial não se revelam diagnósticos.

Nocardiose Pulmonar – a propósito de um caso clínico

Rafaela M. Ribeiro; Maria Inês Risto; Carolina Lemos; Nuno Moreira; Gonçalo Fonseca; Luís Magalhães; Rui Carneiro; Andreia Vilas-Boas; António Marinho

HOSPITAL DA LUZ ARRÁBIDA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Nocardiose é uma infeção oportunista que surge em situações de compromisso da imunidade, como tratamento com imunossuppressores. A transmissão ocorre por inalação ou inoculação na pele. A doença pulmonar é a apresentação mais comum e 1/3 dos casos tem doença disseminada, envolvendo 2 ou mais órgãos. A apresentação radiológica é inespecífica, com nódulos, consolidações, abscessos ou cavitações. O diagnóstico é confirmado por isolamento em exame cultural. A duração do tratamento depende da localização das lesões e da imunidade do hospedeiro.

Mulher, 89 anos, com artrite reumatóide sob leflunomida e prednisolona. Avaliada por tosse produtiva e dispneia com 4 semanas de evolução e com falência prévia de antibioterapia com levofloxacina em dose anti-pseudomónica. À admissão, dispneia intensa e tosse produtiva em agravamento e persistência de síndrome inflamatório sistémico. Atendendo ao estado de imunossupressão, proposto internamento para antibioterapia endovenosa. Realizou TC torácico que revelou achados sugestivos de bronquiectasias infetadas e broncofibroscopia com lavado broncoalveolar no qual foi identificada *Nocardia abscessus*. Não apresentava lesões cutâneas e foi excluído envolvimento do SNC por RM craniana, pelo que foi assumida nocardiose pulmonar isolada. Iniciou trimetoprim-sulfametoxazol endovenoso durante 14 dias e via oral por 6 meses, com resolução completa dos sintomas. Atualmente mantém trimetoprim-sulfametoxazol 3 vezes por semana com intuito de profilaxia secundária.

O diagnóstico de nocardiose é um desafio pela raridade e pela inespecificidade dos achados clínicos e radiológicos, bem como pela dificuldade de cultivo da bactéria. Estes fatores atrasam o diagnóstico e o tratamento adequado, o que aumenta a morbimortalidade. Este caso relembra que a infeção por *Nocardia* deve ser considerada no diagnóstico diferencial de quadros infecciosos em doentes imunodeprimidos, nomeadamente naqueles em que há sintomas respiratórios agudos, subagudos ou crónicos.

Infeção disseminada sem ponto de partida: Como abordar?

Ana Rita Pratas; Catarina Sottomayor; Clara Silva; Jorge Almeida

CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

Os abscessos intrabdominais têm diferentes causas, com uma abordagem complexa que implica identificação do ponto de partida, agente patogénico e controlo de foco.

Caso clínico

Mulher, 81 anos com hipertensão arterial, dislipidemia, neoplasia da mama direita submetida a ressecção cirúrgica, complicada com linfedema. Recorreu ao serviço de urgência por dor e sinais inflamatórios no membro superior direito (MSD) e febre. Além disso, com lombalgia de características mecânicas com 2 semanas de evolução. Foi internada por celulite do MSD, tendo sido excluídas complicações vasculares e ósseas através de exames de imagem. Cumpriu 7 dias de flucloxacilina, com melhoria clínica e analítica. Por agravamento persistente da lombalgia, realizou ressonância magnética da coluna que mostrou espondilodiscite lombar (L2/L3 e L5/S1) com empiema epidural, bem como abscessos do psoas bilateralmente. A doente foi submetida a lavagem discal e de empiema epidural. Foi ainda feita tentativa de drenagem dos abscessos por Radiologia de Intervenção, sem sucesso. Sem isolamentos microbiológicos tendo sido colhidos: hemoculturas seriadas, de crescimento prolongado; material intraoperatório; serologias de *Borrelia*, *Brucella* e *Coxiella*; pesquisa de *Aspergillus fumigatus*, *Mycobacterium intracellulare* e *avium*. Do estudo realizado, ecocardiograma sem evidência de endocardite e tomografia toraco-abdomino-pélvica sem sinais de embolia ou outros focos infecciosos. Iniciou empiricamente piperacilina/tazobactam durante 7 dias, como sendo o abscesso o foco primário da infeção. Contudo, após o estudo realizado e pela presença de espondilodiscite lombar, colocada a hipótese de infeção de continuidade, alterando-se antibiótico para ceftriaxone, tendo sido suspenso ao 44º dia de antibioterapia após limpeza discal. A doente evoluiu favoravelmente, com melhoria clínica, analítica e imagiológica, tendo tido alta com reavaliação em consulta.

Conclusão

Este caso demonstra a dificuldade em guiar terapêutica no caso de infeções disseminadas sem ponto de partida definido, sendo a evolução do doente a principal orientação.

Não morre da doença, morre da cura: um desafio clínico associado à imunossupressão

Inês Matias Lopes¹; Rita Penaforte²; Bianca Cristea³; Helena Fernandes³; Juan Puentes³; Madalena Feio³; Ana Gonçalves³

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE AMADORA/SINTRA

³ INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA LISBOA

Tema: Doenças oncológicas

A imunossupressão crónica em doentes transplantados aumenta o risco de neoplasias, nomeadamente tumores raros/agressivos. Apresenta-se o caso de um doente transplantado renal com diagnóstico de angiossarcoma, ilustrando os desafios clínicos associados à terapêutica imunossupressora.

Homem, 55 anos, com antecedentes de doença renal crónica estágio V, de etiologia não esclarecida, sob hemodiálise de 2008 a 2012, submetido a transplante renal em 2012 e sob terapêutica imunossupressora com micofenolato de mofetilo, tacrolimus e prednisolona. Em 2022 avaliado em consulta de acessos vasculares por dor a nível do coto de laqueação de fístula arteriovenosa rádio-cefálica do membro superior esquerdo, excisada em 2018. Submetido a múltiplas cirurgias de desbridamento local por dor, tumefação e hemorragia. Exames de anatomia patológica a demonstrar angiossarcoma de alto grau com infiltração óssea e cutânea, tendo sido submetido a amputação do antebraço esquerdo.

Evolução desfavorável com recidiva local e metastização para o joelho esquerdo, com fratura patológica da rótula e destruição óssea, tendo sido submetido a radioterapia paliativa antiálgica do joelho, com melhoria da dor e capacidade funcional. Iniciada quimioterapia com paclitaxel, posteriormente alterada para doxorubicina devido à progressão da doença. Durante este tempo, manteve terapêutica imunossupressora. Agravamento com ferida tumoral de difícil controlo no local do coto cirúrgico (dor e hemorragia recorrente, com ferida maligna), declínio funcional e deterioração geral, tendo o doente sido novamente submetido a amputação do braço para controlo sintomático.

Este caso destaca a relação entre a imunossupressão crónica e o desenvolvimento de neoplasias agressivas em doentes transplantados, exigindo um acompanhamento rigoroso e elevado índice de suspeição para o diagnóstico precoce e intervenções atempadas e a necessidade de estratégias personalizadas na gestão da imunossupressão.

Desafios Diagnósticos na Hipergamaglobulinemia

Ana Rita Pratas; José Miguel Silva; Leila Amaro Cardoso; Jorge Almeida

CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO, EPE

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A Hipergamaglobulinemia associa-se à produção excessiva de diferentes cadeias de imunoglobulinas(Ig). Associa-se a doença hepática, inflamação, doenças auto-imunes (AI) e neoplasias.

Caso Clínico

Homem, 71 anos, com doença pulmonar obstrutiva crónica e bronquiectasias. Recorreu ao serviço de urgência por dispneia agravada e tosse com expectoração. À admissão, auscultação pulmonar com broncoespasmo e insuficiência respiratória tipo I. Analiticamente com parâmetros inflamatórios baixos mas painel vírico positivo para *Influenza A*. Do estudo durante o internamento tomografia computadorizada do torác com imagem de bronquiectasias e sinais de doença hepática crónica(DHC) nos cortes do abdómen. Dada a ausência de antecedentes de alcoolismo crónico ou fatores de risco cardiovascular, foi alargado o estudo para esclarecimento. Analiticamente elevação discreta dos parâmetros de lise hepatocelular, ferritina aumentada (475 ng/mL), saturação de transferrina normal, estudo genético de hemocromatose negativo; níveis de alfa 1 anti-Tripsina normais; ceruloplasmina negativa; Estudo AI: anticorpos antinucleares com razão 1/320, restante negativo; sem consumo de complemento; Eletroforese de proteínas: pico sugestivo de monoclonalidade na área gama, embora restantes frações no limite superior da normalidade, com IgG aumentada(2220 mg/dL); cadeias leves livres aumentadas no plasma, com razão normal e lambda aumentada na urina; Imunofixação a sugerir gamapatia monoclonal completa IgG/lambda. Doente sem dissociação proteínas/albumina, anemia ou disfunção renal e cálcio normal. Discutido com hematologia, sendo que a opinião não foi consensual, pelas alterações presentes não é possível excluir gamapatia monoclonal de significado indeterminado, contudo o facto de o doente apresentar DHC concomitante poderá mimetizar as alterações encontradas. À data de alta encaminhado para em consulta de hematologia, gastroenterologia e medicina interna-doenças auto-imunes.

Conclusão

Perante alterações sugestivas de pico monoclonal devemos considerar outras que possam influenciar o resultado. Neste caso o facto de estarmos perante um doente com DHC, as alterações encontradas na eletroforese podem mimetizar os achados de uma gamapatia monoclonal, apesar destes poderem ser apenas um achado.

Arterite de células gigantes e Polimialgia reumática: um diagnóstico oportuno e inesperado

Ricardina Macedo; Rosário Araújo; Olinda Caetano; Margarida Monteiro; Rosa Ferreira; Patrícia Cláudio; Fábio Alves

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A Arterite de Células Gigantes (ACG) é uma vasculite inflamatória crónica que afeta predominantemente artérias de médio e grande calibre. Tipicamente afeta mulheres com mais de 50 anos, e está intimamente relacionada com a Polimialgia Reumática (PMR), doença inflamatória sistémica caracterizada por dor e rigidez muscular. Até 50% dos pacientes com ACG apresentam sintomas de PMR.

Caso clínico

Homem de 80 anos, autónomo e cognitivamente íntegro, sem antecedentes patológicos de relevo, foi internado em cardiologia para a colocação de um pacemaker por bloqueio auriculoventricular de segundo grau sintomático. Foi solicitada colaboração de Medicina Interna por febre. Da observação do doente, destacava-se um quadro arrastado de astenia e perda ponderal, um episódio de cefaleia temporal bilateral com perda de visão transitória, dor e rigidez na anca esquerda e joelhos, sem antecedente traumático.

Analiticamente destacava-se leucocitose de 20300/uL, com proteína C reativa de 291.60 mg/L e velocidade de sedimentação de 90mm/h.

Foram excluídas causas infecciosas.

Realizou ecografia das artérias temporais que apresentou sinal do halo positivo, assim como tomografia por emissão de protões (PET), com evidência de captação de radiofármaco nas paredes da aorta ascendente, crossa e aorta torácica.

Começou corticoterapia a alta dose com rápida melhoria clínica e analítica, no entanto, com a redução do corticoide, os parâmetros inflamatórios voltaram a aumentar, pelo que iniciou Tocilizumab.

Discussão

O envelhecimento populacional que se presencia pode condicionar o aumento da incidência de doenças como a ACG e PMR, ressaltando a importância de um diagnóstico precoce e tratamento adequado, a fim de prevenir complicações graves e irreversíveis em doentes frágeis.

Hemorragia Oculta: Quando a Endoscopia Não Conta Toda a História

Ana Isabel Bezerra Rodrigues Machado¹; Ana Rita Oliveira²; Nuno Pardal²; Sara Remelhe de Sá³; Carolina Queijo⁴; Inês Pinho⁴; Joana Calvão⁴; Sónia Carvalho⁴; Paulo Carrola⁴; José Presa Ramos⁴

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

³ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE

⁴ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

A hemorragia digestiva alta (HDA) é uma complicação frequente da hipertensão portal (HTP), geralmente atribuída a varizes esofagogástricas ou gastropatia hipertensiva portal. Embora mais comum no doente cirrótico, pode também surgir sem doença hepática, nomeadamente em shunts portossistémicos ou trombose da veia porta.

A HDA pode ocorrer sem lesões evidentes à endoscopia digestiva alta (EDA). Apresentamos um caso de HDA refratária num doente com HTP não cirrótica.

Homem, 56 anos, antecedentes de hipertensão arterial, adenocarcinoma da ampola de Vater tratado com duodenopancreatectomia (atualmente em vigilância) e HTP secundária a trombose crónica da veia porta pós cirurgia do adenocarcinoma pâncreas, recorreu ao Serviço de Urgência por melenas e astenia há uma semana. Analiticamente, hemoglobina (Hb) 6,0 g/dL, ferro sérico 25 µg/dL, TIBC 375 µg/dL, ferritina 20 ng/mL e IST 6,7%, ou seja, anemia ferropénica grave. EDA inicial sem sinais de hemorragia ativa ou recente. Foi internado para vigilância.

Apesar do suporte volémico, transfusões de glóbulos rubros e carboximaltose férrica realizados, manteve HDA recorrente. Nova EDA ao 5º dia revelou conteúdo hemático residual no duodeno, com pequenos coágulos na ansa entérica aferente, sem foco hemorrágico ativo.

Dada a refratariedade do quadro, ausência de foco hemorrágico visível e necessidade transfusional recorrente, foi realizada Recanalização Veia Porta (RVP) com colocação de stent e angioplastia. Após o procedimento, verificou-se cessação imediata do sangramento e estabilização hemodinâmica. Reavaliação após um mês, estava assintomático, sem novas perdas hemáticas e Hb 14 g/dL.

A HDA na HTP pode ocorrer sem alterações evidentes na EDA, sobretudo em doentes sem cirrose, onde colaterais porto-sistémicas atípicas e microvasculatura submucosa dificultam a identificação endoscópica. O mecanismo parece envolver congestão esplâncnica, maior permeabilidade capilar e fragilidade vascular, promovendo sangramento difuso de pequenos vasos, revertido com a normalização da pressão portal pela RVP.

Este caso evidencia a importância de considerar alterações microvasculares em doentes com HTP não cirrótica e HDA sem lesão endoscópica aparente e reforça que a RVP pode ser uma opção eficaz em casos refratários realizados em centros altamente diferenciados.

Hepatotoxicidade por isoniazida em contexto de tratamento de tuberculose latente

Inês Peneda Ferreira¹; Sofia Sequeira Silva²; Gisela Brito Gonçalves³; Carolina Anjo⁴; Ana Sofia Silva⁵; Ana Luís Vasconcelos⁶; João Pedro Moreira¹; Joana Calvão¹; Paulo Carrola¹; José Presa Ramos¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

² HOSPITAL DE SANTO ESPÍRITO DA ILHA TERCEIRA

³ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO

⁴ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE VISEU DÃO-LAFÕES

⁵ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

⁶ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Introdução

A isoniazida é amplamente utilizada no tratamento da tuberculose latente, em monoterapia ou em combinação com outros anti-tuberculosos. Não é isenta de efeitos adversos, podendo conduzir a *drug-induced liver injury* (DILI), potencialmente com insuficiência hepática aguda.

Caso Clínico

Apresentamos dois casos de DILI associados à toma de isoniazida.

Um homem de 70 anos, autónomo, com antecedentes de hipertensão, dislipidemia e psoríase, no terceiro mês de monoterapia com isoniazida para tratamento de tuberculose latente. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por anorexia, pirose, enfartamento precoce e colúria com cerca de uma semana de evolução. Objetivamente com icterícia. Analiticamente com hepatite com padrão hepatocelular (Fator R de 5) e hiperbilirrubinemia. Serologias víricas e autoimunidade negativas, sem alterações imagiológicas. Assumida DILI a isoniazida com *DILI severity index* moderado-grave, com evolução favorável e normalização analítica em 10 semanas após suspensão do fármaco, perfusão de N-Acetilcisteína (NAC) durante 5 dias e terapêutica de suporte.

Uma mulher de 30 anos com antecedentes de carcinoma invasor da mama triplo negativo tratado, encaminhada ao SU pelo CDP por pirose e epigastria ligeira com 1 dia de evolução. Sob profilaxia com isoniazida e piridoxina 3 meses previamente à admissão por contacto com doente bacilífero, tendo suspenso a isoniazida na semana anterior por alterações em análises de rotina. Sob tratamento de lesões pápulo-pustulosas e nódulos eritematovioláceos mandibulares e cervicais com doxiciclina e ácido fusídico tópico. À admissão, hepatite com padrão misto (FR de 4). Restante estudo negativo. Assumida DILI provável por isoniazida com *DILI severity index* ligeiro. Admitida a internamento com suspensão dos fármacos e tratamento de suporte, com evolução favorável e normalização analítica em 6 semanas.

Discussão

A hepatotoxicidade é um efeito adverso bem estabelecido e potencialmente fatal da isoniazida, podendo instalar-se ao fim de vários meses de tratamento. Com estes casos pretendemos alertar para a necessidade do cumprimento escrupuloso das orientações de vigilância analítica dada a potencial gravidade da DILI a isoniazida. Salientar ainda que ambas as reações adversas foram reportadas ao Centro Nacional de Farmacovigilância.

Artrite de Células Gigantes – quando a primeira manifestação é o AVC

Beatriz Ribeiro¹; Carolina Inês Gonçalves²; Ana I. Pereira²; Rui Felgueiras²

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE CASTELO BRANCO

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÓNIO

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

A artrite de células gigantes (ACG), causando inflamação das artérias carótidas e vertebrais, é uma causa rara de acidente vascular cerebral (AVC). A clínica sistémica, as alterações analíticas e os achados imagiológicos são a pista para este diagnóstico, que pode ser comprovado em histologia por biópsia da artéria temporal.

Casos clínicos

Homem de 77 anos, apresenta cefaleia bitemporal com evolução de cerca de 2 semanas, associado a claudicação mandibular e a perda súbita de visão bilateral, esta última com 8 horas de evolução. Na avaliação oftalmológica, sem alterações sugestivas de neuropatia ótica isquémica, mantendo reflexos pupilares presentes e fundo ocular normal. Ao exame objetivo apresentava artéria temporal direita muito proeminente, com dor a palpação bilateral e uma cegueira cortical. A velocidade de sedimentação (VS) foi de 65 mm. A tomografia computadorizada (TC) cranioencefálica revelou enfartes occipitais e do cerebelo e a angio-TC oclusão da artéria vertebral direita de V2 a V3. O Doppler da artéria temporal revelou sinais típicos de arterite de células gigantes. O doente iniciou corticoterapia, não tendo sido realizado biópsia.

Homem, 74 anos, apresenta alucinações visuais desde há 2 meses, seguido de oftalmoparesia e ataxia. Na ressonância magnética cerebral apresentava múltiplas lesões isquémicas occipitais e cerebelosas, algumas agudas com restrição à difusão. Na investigação por eco-Doppler encontrado espessamento da íntima média das carótidas comuns e oclusão das artérias vertebrais bilateralmente desde a sua origem. O Doppler das artérias temporais revela sinais de arterite temporal. A VS era de 48 mm, sem anemia. A histologia da artéria temporal confirmou o diagnóstico de arterite de células gigantes. Recuperação completa dos défices com corticoterapia e fisioterapia.

Discussão

A ACG é uma causa de AVC que deve ser equacionada não só pelos achados analíticos da anemia e elevação da VS, mas sobretudo pelos achados da clínica e imagem, nomeadamente do eco-Doppler, que na maioria dos casos poderá tornar desnecessária a confirmação histológica. O tratamento atempado com imunossupressão evita dano neurológico adicional.

Febre como manifestação inicial de Síndrome Antissintetase

Cátia Barra; Jorge Lindo; Ana Borges; Isabel Fonseca

CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA / HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A Síndrome Antissintetase (SAA) é uma miopatia inflamatória rara, cuja prevalência é cerca de 0.004% no mundo, afetando sobretudo mulheres. Pode apresentar-se com mialgias, artralgias, fenómeno de Raynaud e sintomas respiratórios. A febre pode estar presente, embora seja uma manifestação menos comum.

Caso Clínico

Doente com 62 anos, do sexo masculino, com antecedentes pessoais de psoríase e AVC isquémico, admitido no Serviço de Urgência por febre com uma semana de evolução, temperatura máxima de 38.5°C apesar de analgesia fixa. Associadamente, o doente referia mialgia proximal, com queixas à mobilização dos membros e à palpação das massas musculares proximais. Foram ainda observadas “mãos de mecânico”, placas de psoríase nos membros e distrofia ungueal. O doente iniciou antibioterapia empírica e foi internado no Serviço de Medicina Interna para investigação etiológica. Dos exames complementares de diagnóstico, a salientar presença de anticorpos anti-Jo-1 e envolvimento inflamatório dos músculos da cintura escapular e pélvica na ressonância magnética. Durante o internamento, o doente apresentou insuficiência respiratória com agravamento progressivo, tendo realizado uma tomografia computadorizada do tórax de alta resolução que revelou doença pulmonar intersticial com padrão reticular. Perante o diagnóstico de SAA o doente iniciou Prednisolona e Ciclofosfamida com melhoria clínica evidente. Foi instituída a terapêutica de manutenção com Micofenolato de Mofetil associada à redução progressiva da corticoterapia e o doente apresentou recidiva de SAA e da Psoríase com necessidade de reajuste terapêutico. A dose de Prednisolona foi sendo reduzida de forma mais gradual, encontrando-se a doença controlada atualmente.

Discussão

Este caso descreve um caso de SAA com uma apresentação inicial pouco frequente num doente com Psoríase. É, por isso, importante alertar para apresentações atípicas de doenças autoimunes sistémicas que podem ser difíceis de diagnosticar.

Infeções otogénicas e complicações neurológicas na ausência de manifestações clássicas

Mariana da Silva Alves; Beatriz Luís Lopes; Baltazar Gabriel Oliveira; Marta Amaro; Carolina Cardoso; Pedro Dias Dos Santos; Rita Calixto; Ana Rita Cardoso; Isabel Martins

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

A introdução de antibióterapia reduz drasticamente a taxa de complicações intracranianas em infeções otogénicas. Contudo, quando presentes, pode verificar-se uma rápida progressão mesmo na ausência de sinais inflamatórios clássicos. Este caso destaca a importância de considerar a relação entre quadros neurológicos e doença otológica.

Caso Clínico

Doente do sexo masculino, 59 anos, com antecedentes de otites de repetição e referência a crise convulsiva neste contexto, há 8 anos. Trazido ao SU após alteração do estado de consciência associada a queda, mordedura de língua e incontinência urinária. Relatava otalgia direita há vários dias, sem otorreia. A Tomografia computadorizada (TC) crânio-encefálica (CE) revelou otomastoidite direita. Não se verificando aumento da proteína C reativa, nem as alterações clássicas ao exame objetivo, os achados imagiológicos foram considerados em relação com processo crónico. Regressou ao SU 12h depois por convulsão tónico-clónica generalizada. Repetiu TC-CE que descreve foco hiperdenso temporal direito sugestivo de hemorragia associado a hemorragia intraventricular. A Ressonância magnética (RM) CE demonstrou “marcada restrição à difusão decantando nos cornos occipitais dos ventrículos laterais, bem como em topografia subaracnoia”, “sugestão de contiguidade da lesão temporal inferior direita com a mastóide”, concluindo encefalite e ventriculite de provável origem otomastóide e excluindo hemorragia. Neste contexto realizou-se miringotomia com colheita de exsudado purulento. Iniciada antibióterapia tópica com ofloxacina e endovenosa empírica, posteriormente ajustada para o isolamento de *St. pneumoniae* em hemoculturas. Evoluiu consciente e estável, sem alterações de relevo ao exame neurológico.

Discussão

Mesmo na ausência dos sinais inflamatórios clássicos, o caso evidencia a necessidade de suspeitar de complicações neurológicas na presença queixas otológicas, para garantir uma abordagem multidisciplinar atempada e eficaz.

Imunidade Fora do Controlo: Síndrome Hemofagocítico no Contexto de Lupus e HIV

Filipa Guedes; Glória Gonçalves; Rita Xavier; Isabel Viana Novo; Alexandra Azevedo; Renato Nogueira; Sara Pereira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO AVE

Tema: Doenças raras

O síndrome hemofagocítico (SH) é uma condição rara mas grave, caracterizada pela ativação desregulada do sistema imune, levando à fagocitose de células sanguíneas por macrófagos. Pode ser primária ou secundária.

O reconhecimento precoce é essencial para evitar complicações fatais.

Exponho o caso de uma doente, sexo feminino, 46 anos, com antecedentes de infeção por HIV-1, em tratamento com Doravirina e Dolutegravir, com carga viral indetectável há 4 anos e CD4+ ~500 células/mm³ no último doseamento. Tinha ainda HTA e uma bicitopenia em estudo pela Hematologia há 1 ano. Foi admitida na urgência por pancitopenia e febre persistente há 1 mês. Medicada com espiramicina por 2 semanas, sem melhoria. À admissão com um rash na região infra-mamária, sem outras alterações ao exame objetivo. Analiticamente com anemia, trombocitopenia e leucopenia, creatinina 1,25 mg/dL, ureia 40 mg/dL e PCR sem elevação significativa. Raio-x de tórax e sedimento urinário sem alterações e antígenos para influenza A e B, VSR e SARS-CoV2 negativos. Realizou TC TAP que não mostrou alterações de relevo, exceto adenomegalias axilares. Durante o internamento, manteve picos febris diários e ao 15º dia de internamento surgiu um eritema no torax e dorso com posterior disseminação por todo o corpo, com prurido associado. Fez ecografia abdominal que mostrou hepatomegalia, analiticamente com pancitopenia, hipertrigliceridemia, hiperferritinemia, aumento de AST e fibrinogénio baixo. Perante os resultados e assumindo um provável SH, foi transferida para o H.São João, onde realizou biópsia cutânea que revelou lesões compatíveis com Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Assumiu-se então um SH secundário a LES e a doente iniciou tratamento com corticoide, com melhora clínica progressiva.

O reconhecimento precoce do SH, especialmente em pacientes imunodeprimidos ou com doenças autoimunes é crucial para o tratamento adequado e prevenção de desfechos fatais. O diagnóstico e início de terapêutica precoce são fundamentais para evitar complicações graves e melhorar a sobrevida dos doentes.

Síndrome de Ramsay-Hunt – mais que uma paralisia facial periférica

Beatriz Ribeiro¹; Maria Carlos Pereira²; Rui Felgueiras¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE CASTELO BRANCO

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÓNIO

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

O Síndrome de Ramsay-Hunt é a complicação otológica major da reativação do vírus herpes zoster (VHZ) latente, no gânglio geniculado, com infeção subsequente do VII e VIII nervos cranianos. É tipicamente representado pela tríade clínica de paralisia facial periférica, dor retroauricular e eritema vesicular no canal auditivo ou na aurícula, podendo ter outros sinais/sintomas associados, nomeadamente auditivos como hipoacusia, vertigem e ataxia.

Casos clínicos

Homem de 37 anos, sem antecedentes pessoais de relevo conhecidos, inicia edema/eritema associados a dor na região retroauricular, com evolução de algumas horas, seguido de paresia facial periférica grau III na escala de House Brackmann, com restante exame neurológico sem alterações; pavilhão auricular direito ruburizado e edemaciado, com vesículas herpéticas dispersas. O doente foi medicado com valaciclovir e prednisolona.

Mulher de 40 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por apresentar paralisia facial periférica associada a parestesias da hemiface. Foi nesta altura medicada com corticoterapia, presumindo uma paralisia de Bell. Desenvolveu nos dias seguintes febre, ataxia da marcha e episódios de vertigens, associadamente a vesículas herpéticas na hemiface ipsilateral à parésia. Procurou ajuda médica apenas após resolução do quadro clínico, não tendo feito antivírico.

Discussão

Com estes casos pretende-se destacar uma manifestação relativamente rara da reativação do VHZ latente, podendo ser confundido com uma paralisia facial idiopática, ainda que costume ser mais severa e com sintomas otológicos associados. Alertamos para a necessidade de inspeção do ouvido, mesmo que as vesículas possam surgir posteriormente, devendo nestes casos a medicação prescrita conter, além de corticosteroide, antivírico.

Micobacteriose não tuberculosa, uma entidade incomum a considerar

Carolina Isabel Marcos Queijo; Luís Sousa Azevedo; Mariana Soutinho Pereira; Raquel Lourenço Martins; António Sousa; Inês Peneda Ferreira; Andreia Rocha Costa; Cristiana Pinto; Fernando Salvador

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

As micobactérias não tuberculosas (MNT) são bactérias oportunistas que cursam com infeções respiratórias, principalmente em doentes com doença pulmonar subjacente e fibrose quística, porém podem afetar indivíduos sem patologia pulmonar. Estas infeções representam um problema de saúde pública crescente com aumento da sua incidência.

Caso Clínico

Mulher de 90 anos, institucionalizada em lar, KATZ 5, com antecedentes de insuficiência cardíaca e HTA. Internada por insuficiência respiratória tipo 1 (IRT1) e tosse produtiva com uma semana de evolução. Iniciou empiricamente azitromicina (500 mg id) e amoxicilina-ácido clavulânico (1200 mg 8/8h). Durante o internamento evoluiu com agravamento da IRT1 e febre, pelo que foi escalada antibioterapia para piperacilina tazobactam. Realizou TC -Tórax com “múltiplas áreas de consolidação e uma lesão cavitada no lobo superior direito”. Realizou estudo complementar: hemoculturas, vírus respiratórios, HIV, sífilis, secreções brônquicas negativos. Realizou broncofibroscopia pela suspeita de tuberculose. Aspirado brônquico com BAAR (20-199/40 campos), PCR para *Mycobacterium tuberculosis* negativa, mas positivo para *Mycobacterium intracellulare*. Foi assumido o diagnóstico de pneumonia por micobacteriose não tuberculosa. Teve alta sob azitromicina 500 mg 3x/semana, evoluindo favoravelmente, com melhoria clínica e imagiológica, com regressão parcial das lesões pulmonares na TC-Tórax de reavaliação.

Discussão e Conclusão

Este caso sublinha a importância da investigação das micobacterioses não tuberculosa em doentes imunocompetentes quando não há resposta favorável a antibioterapia. O diagnóstico precoce, através de uma investigação microbiológica detalhada, é crucial para um tratamento dirigido, de modo a evitar complicações pulmonares crónicas.

Um caso clínico de miocardite a VSR

Hugo Morais Cecílio; João Francisco Abrantes; Ana Rita Figueiredo; Pola Marchewczyk; Lígia Peixoto

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

A infeção por *vírus sincicial respiratório* (VSR) pode associar-se a eventos cardíacos agudos. Estima-se que cerca de 5% das admissões hospitalares por insuficiência cardíaca descompensada na época das infeções virais sejam atribuíveis a infeção por VSR. A miocardite pode associar-se à infeção por VSR, agravando o prognóstico clínico.

Caso clínico

Homem de 84 anos, com diagnóstico de estenose aórtica grave submetido a implante percutâneo da válvula aórtica em 2023 e hipertensão arterial essencial de longa duração que desenvolve um quadro, com 3 dias de evolução, de dispneia, pieira, tosse seca de predomínio vespertino, cansaço para pequenos esforços, lipotímia e edema dos membros inferiores. Clinicamente doente hipervolémico e analiticamente com PCR 22.1 mg/dl, troponina 68 ng/L e isolamento de VSR no exsudado nasofaríngeo. Realizou TC tórax com áreas de densificação peribroncovasculares nos lobos superior e inferior esquerdo. Admitiu-se descompensação de insuficiência cardíaca em contexto de infeção a VSR com provável sobreinfeção bacteriana.

Durante o internamento cumpriu terapêutica antibiótica empírica com boa evolução clínica e laboratorial. Realizou avaliação ecocardiográfica que evidenciou ventrículo esquerdo com hipertrofia ligeira concêntrica, com compromisso ligeiro da função sistólica global e com dissinergia septal. Atendendo a valor de troponina e alterações no ecocardiograma transtorácico suspeitou-se de miocardite a VSR, pelo que realizou ressonância magnética cardíaca que revelou miocardiopatia dilatada com função sistólica condicionada pela dissinergia septal e anterior e nódulo de fibrose focal mediomural correspondente a foco de miocardite.

Discussão

Pretende-se demonstrar o desafio diagnóstico de miocardite associada a infeção por VSR. A mortalidade da infeção por VSR associada a exacerbações cardiovasculares é maior.

Nefrite tubulointersticial em contexto de bypass gástrico

Beatriz Ribeiro; Lígia Ribeiro; Rui Parente; Mafalda M. Ferreira; Patrícia de Oliveira Saraiva; Joana Coutinho; Filipa Leitão; Rui Isidoro; Alexandre Louro; Paula Paiva; Ernesto Rocha; Maria Eugénia André

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE CASTELO BRANCO

Tema: Doenças renais

Introdução

A nefrite tubulointersticial (NTI) é uma causa frequente de lesão renal aguda, associada à infiltração imunomediada de células inflamatórias no interstício renal, com possível progressão para fibrose e doença renal crónica (DRC). Os sintomas são normalmente inespecíficos, conduzindo a atraso no diagnóstico e tratamento.

A cirurgia bariátrica é uma das etiologias mais frequentes, principalmente no caso das disabsortivas, que tem como complicação o surgimento de cálculos renais, sendo os mais comuns de oxalato que apresentam excreção renal aumentada.

Caso clínico

Doente do sexo feminino, de 65 anos de idade, antecedentes de hipertensão arterial, dislipidémia, obesidade e anemia macrocítica em contexto carencial por bypass gastrointestinal há cerca de 2 meses. Foi referenciada para consulta de nefrologia por DRC grau 3, associado a microalbuminúria e hipercaliémia refratária à terapêutica, apesar de assintomática. Dos exames complementares de diagnóstico destaca-se: anemia macrocítica (Hb 9.9g/dL), creatinina sérica aumentada (1,68 mg/dL) e hipercaliémia (5.7 mmol/L); aumento do nível de oxalatos na urina de 24h (60 mg); excreção fracional de sódio > 2%; sedimento urinário com leucócitos, eritrócitos e cilindros leucocitários; proteinúria (937 mg/L); gasimetria arterial com acidemia metabólica; ecografia renal com redução do parénquima renal e aumento da ecogenicidade cortical renal; biópsia renal com cristais de oxalato de cálcio birrefringentes nos túbulos renais e interstício, associados a inflamação e fibrose.

Assumida NTI em contexto de bypass, tendo iniciado terapêutica com bicarbonato de sódio diário, conseguindo-se uma recuperação ligeira da função renal.

Discussão

Com este caso pretende-se alertar para a dificuldade no diagnóstico precoce desta patologia em doentes muitas vezes assintomáticos, e para necessidade precoce tratamento adequado, de modo prevenir evolução para DRC irreversível.

Insuficiência Tricúspide grave de causa iatrogénica

Inês Pinto; Diogo Macedo; Ana Rita Antunes; Isabel O Cruz; Rita Rei Neto

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

A insuficiência tricúspide (IT) é uma condição valvular cardíaca frequentemente associada a doenças cardíacas estruturais ou hipertensão pulmonar (HTP). Existem casos raros descritos de IT secundárias ao uso de determinados fármacos, como agonistas da dopamina (AD).

Caso clínico

Mulher de 50 anos, com microprolactinoma da hipófise (sem indicação cirúrgica) e história de tromboembolismo pulmonar (TEP) em 2021 (fatores de risco: anticoncepcional oral e bromocriptina, que foi trocada para cabergolina). Ecocardiograma um ano após o evento sem alterações significativas. Sob rivaroxabano 10mg por suspeita de TEP crónico em AngioTC.

Assintomática até Abril de 2023, quando inicia quadro de dispneia em agravamento progressivo e posteriormente ascite e edema periférico. Internada para diurético, com melhoria sintomática ligeira. Dos vários exames realizados salienta-se: ecocardiograma com dilatação das cavidades direitas e IT grave por dilatação do anel (confirmado também por ressonância cardíaca), cintigrafia ventilação/perfusão que excluiu TEP crónico e cateterismo cardíaco sem evidência de hipertensão pulmonar. Da etiologia da IT, não se tendo encontrado outro fator, assumiu-se causado pela toma da cabergolina, que foi suspensa. Por manter insuficiência cardíaca com NYHA III foi submetida a valvuloplastia tricúspide por minitoractomia, estando desde então assintomática.

Discussão

Quadro de IC direita com IT grave de novo, sem evidência de hipertensão pulmonar ou TEP crónico. A suspensão da cabergolina e a otimização volémica resultaram em melhoria clínica ligeira, culminando na intervenção valvular e recuperação funcional para NYHA I. Este caso ilustra a importância da vigilância clínica e ecocardiográfica periódica no tratamento prolongado com agonistas da dopamina, particularmente a cabergolina, devido ao risco de desenvolvimento de valvulopatia, permitindo um diagnóstico precoce e uma abordagem terapêutica atempada.

Hypoxemic respiratory infection caused by *Chlamydia psittaci*: a case report

Ana Reis; Luís Dias

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Psittacosis is an infection caused by *Chlamydia psittaci*, a bacteria that usually infects avian species but may also spread to people who are closely exposed to birds. Its incidence and prevalence in Europe are not robustly documented, mainly because of underdiagnosing, but there have been recent reported outbreaks in northern European countries. The range of symptoms varies between flu-like mild symptoms and severe pneumonia with septic shock. The fact that it can present as a common respiratory infection with a self-limited course is, in part, responsible for the underdiagnosing of this clinical entity, which can be corrected by taking a careful clinical history and remembering to ask for occupational or recreational exposures.

A 49-year-old male with a prior history of obesity and smoking presents to the emergency room with fever, headaches, and generalized muscle pain. These symptoms had been ongoing for 2 weeks, accompanied by a productive cough with mucosal sputum, easy fatigue, and exertional dyspnea. Arterial blood gas evaluation showed a low paO_2 of 54,1 mmHg. A chest X-ray showed a diffuse bilateral infiltrate. Antibiotherapy with amoxicillin-clavulanic acid and azithromycin was initiated, assuming community-acquired pneumonia with hypoxemic respiratory failure, requiring supplemental oxygen through a nasal cannula at 3L/min. After 5 days of antibiotherapy, the patient still maintained hypoxemia. A thorax CT angiogram 48 hours after the first x-ray excluded pulmonary embolism or parenchymal alterations. When exploring the history of the present illness further, the patient mentioned that he acquired two cockatiels a month before the onset of symptoms.

The hypothesis of infection by *Chlamydia psittaci* was considered, and doxycycline was initiated. The patient improved, standing room air oxygen levels, with an adequate peripheral oxygen saturation level. The patient was discharged after 11 days of doxycycline, maintaining the antibiotic until 14 days were achieved. After the patient was discharged, we got a positive result for the molecular testing for *Chlamydia psittaci*.

This case highlights the importance of meticulously gathering the patient's history in formulating a hypothesis and providing the patient with the best care available to guarantee a successful clinical outcome.

Do Pseudotumor ao Mieloma Múltiplo: a propósito de um caso

Dany Cruz; Vitor Campos; Catarina Pinto Silva; Francisca Pereira; Ana Façanha; Márcia Ribeiro

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BARCELOS/ESPOSENDE

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

O pseudotumor é uma complicação ortopédica associada a próteses, decorrente do desgaste do material do implante, que se manifesta com massas peri-implantares inflamatórias.

Caso clínico

Mulher, 72 anos. Antecedentes de hipertensão arterial, hemangiomas hepáticos, prótese total da anca em 2012 e tireoidectomia com um mês por carcinoma papilar da tiróide. Seguida na Ortopedia por pseudotumor da prótese. Foi internada para revisão cirúrgica, mas evoluiu com tromboembolismo pulmonar periférico e anemia que não era conhecida, tendo sido pedida colaboração à Medicina Interna. Referia perda ponderal de 20 Kg no espaço de 1 ano, com anorexia. Analiticamente com anemia, com pico de IgA e desfasamento sérico e urinário entre proteínas totais e albumina. O quantiferon foi negativo e as hemoculturas estéreis. O estudo endoscópico, ecográfico da tiróide e a mamografia não tinham alterações. Colheu imunoeletroforese sérica e urinária que revelou uma gamopatia biclonal de tipo IgA/Lambda e IgG/Lambda, com excreção renal. Apesar de não ter tolerado biópsia medular, fez aspirado da medula óssea, cuja fenotipagem foi compatível com mieloma múltiplo, com presença de plasmócitos. O TC da bacia revelou uma lesão lítica expansiva de 16 cm periacetabular direita. Por suspeita de plasmocitoma, fez biópsia guiada por imagem em duas ocasiões, que foram inconclusivas. As amostras não tiveram crescimento bacteriológico nem micobacteriológico. Foi decidida substituição cirúrgica da prótese da anca e abordagem da lesão peri-acetabular, cujo resultado anatomopatológico foi compatível com pseudotumor inflamatório.

Discussão

Este caso sublinha a complexidade da gestão da doente com lesão peri-acetabular sem diagnóstico prévio de mieloma múltiplo, o que alargou os diagnósticos diferenciais, e reforça a importância de uma estreita articulação entre as especialidades médicas e cirúrgicas.

Endocardite Infeciosa Complicada: Apresentação Atípica com Desfecho Fatal

Inês Brito e Cruz; Eduarda Paiva; Beatriz Ribau; Ana Margarida Coutinho; Raquel Silva; Adélia Simão; Lèlita Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A endocardite infecciosa (EI) é uma patologia rara e potencialmente fatal, com apresentação clínica muito variável e frequentemente inespecífica. Este caso descreve uma EI com evolução insidiosa e complicações graves, ilustrando a complexidade do diagnóstico e manejo desta patologia.

Caso Clínico

Homem de 68 anos, Katz 4, antecedentes de insuficiência cardíaca e múltiplos fatores de risco cardiovasculares, recorreu ao Serviço de Urgência por astenia, anorexia e perda ponderal, associado a náuseas, vômitos pós-prandiais e episódios de delírio sensorial nasofaríngeo, com meses de evolução e agravamento progressivo.

Analicamente destacava-se uma anemia normocítica normocrômica com hemoglobina 10.9 g/dL, PCR 15.19 mg/dL sem leucocitose e NT-proBNP 3616 pg/mL. Imagiologicamente, a radiografia do tórax mostrou derrame pleural bilateral e a ecografia abdominal não apresentou alterações significativas. Foi internado para estudo complementar.

Por agravamento clínico e analítico, realizaram-se hemoculturas, positivas para a *Enterococcus faecalis* multissensível, e tomografia computadorizada, que evidenciou enfarte esplênico. Embora apirético e sem sopro de novo, suspeitou-se de EI, realizando ecocardiograma transtorácico inconclusivo, e transesofágico que revelou EI da válvula aórtica e mitral com destruição tecidual a condicionar insuficiência valvular aórtica grave. Apresentou ainda um acidente vascular cerebral isquémico, sublinhando a gravidade da condição. Apesar de abordagem dirigida e multidisciplinar, o doente veio a falecer devido à progressão da endocardite e complicações associadas.

Discussão

Este caso realça a complexidade do diagnóstico de EI, particularmente em apresentações atípicas que atrasam o diagnóstico. O diagnóstico precoce, abordagem terapêutica adequada e vigilância contínua são cruciais, dado o risco de complicações graves associadas, locais e sistêmicas, que comprometem significativamente o prognóstico e aumentam o risco de desfechos fatais.

Nódulos Miliares: para lá da Tuberculose

Dany Cruz; Daniel Rodrigues; Gabriela Paulo; Flávia Ramos; André Gonçalves; Francisca Pereira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BARCELOS/ESPOSENDE

Tema: Doenças respiratórias

Introdução

Os nódulos pulmonares em padrão miliar são frequentemente associados a processos infecciosos, especialmente a tuberculose (Tb). No entanto, podem também ser manifestações de doenças neoplásicas, granulomatosas ou reumatológicas.

Caso Clínico

Homem, 69 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus e tabagismo passado. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor torácica pleurítica e dispneia de esforço. Negava tosse, expectoração, febre ou queixas constitucionais. Analiticamente sem anemia ou elevação dos marcadores inflamatórios, com velocidade de sedimentação de 3 mm. Pela presença de padrão reticulonodular difuso na radiografia do tórax, foi pedido TC que revelou um infiltrado pulmonar micronodular difuso bilateralmente, levantando as suspeitas de tuberculose miliar ou implantes secundários. No segmento abdominal e pélvico não havia imagens suspeitas em TC. Avaliações adicionais, incluindo serologias para VIH, hepatite B e C foram negativas, assim como a pesquisa de bacilos de Koch no esputo e no lavado broncoalveolar (LBA). A pesquisa por PCR de *Mycobacterium tuberculosis* no LBA foi negativa. Dada a probabilidade baixa de Tb foi protelado início de antibacilares. Um nódulo tiroideu de características suspeitas foi biopsiado, que mostrou ser benigno. A pesquisa de células neoplásicas no LBA foi negativa, mas a biópsia pulmonar revelou tratar-se de um adenocarcinoma do pulmão.

Discussão

A exclusão de causas infecciosas como a tuberculose miliar é imperativa, principalmente na presença de contexto epidemiológico. No entanto, outras causas devem ser ponderadas, como as neoplásicas, as doenças granulomatosas e as reumatológicas. A abordagem diagnóstica deve ser abrangente e individualizada, especialmente em apresentações atípicas ou quando os achados radiológicos não são conclusivos, para garantir uma intervenção terapêutica precisa e eficaz.

Hiponatremia grave em doente jovem – a propósito de um caso clínico

Inês Amaral Pinto; Ana Rita Melo; Sara Pereira Henriques; Sara Correia; Inês Rueff Rato

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A hiponatremia é uma condição comum, podendo ter um vasto número de diagnósticos. É fundamental, sobretudo em doentes jovens, considerar as causas endócrinas – como insuficiência adrenal e disfunções hipofisárias – que podem ser determinantes para o diagnóstico e a gestão adequada da patologia.

Caso Clínico

Apresenta-se o caso de uma mulher de 32 anos, sem antecedentes de relevo ou medicação habitual. Admitida por tonturas e náuseas com 5 dias de evolução. Referência a cefaleia holocraniana nos últimos 6 meses. Ao exame físico, com diminuição da visão periférica bilateralmente, sugestivo de hemianopsia bitemporal. Analiticamente, a destacar: hiponatremia (113mmol/L), osmolalidade sérica baixa (232mOsm/KgH₂O), osmolalidade urinária alta (662mOsm/KgH₂O) e sódio urinário elevado (108mmol/L). Internada por hiponatremia euvolémica grave, sintomática, medicada com soro hipertónico e restrição hídrica, sem a melhoria expectável. Do estudo em internamento: hipotiroidismo central (TSH 1.12uU/mL, T4L 0,81ng/dL) e insuficiência supra-renal secundária (cortisol sérico 2,4ug/dL, ACTH 9,2pg/mL). Identificado macroadenoma hipofisário de 18mm em TC-CE. Restante eixo hipotálamo-hipófise: hiperprolactinemia (405ng/mL) e défice de IGF-1 (77,2pg/mL). Efetuado o diagnóstico de insuficiência supra-renal secundária a prolactinoma, iniciando cabergolina e hidrocortisona com normalização da natremia e resolução da sintomatologia reportada à admissão. A doente teve alta encaminhada para consultas de Neurocirurgia e Endocrinologia, onde mantém seguimento, sem indicação cirúrgica de momento.

Conclusão

Destaca-se a importância de considerar causas endócrinas de hiponatremia, cujo diagnóstico precoce e reposição hormonal foram essenciais para o tratamento. Este caso reforça a necessidade de uma abordagem sistemática da hiponatremia, especialmente em doentes jovens e sem fatores de risco evidentes, de forma a identificar precocemente patologias subjacentes potencialmente graves.

SIADH Idiopática no Idoso: Desafio Diagnóstico e Terapêutico

Mariana Martins Esteves; Ricardo Pereira; João Pedro Moreira; Sandra A. Morais

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A Síndrome de Secreção Inadequada da Hormona Antidiurética (SIADH) é uma causa frequente de hiponatremia em idosos. O diagnóstico diferencial inclui patologias endócrinas, neurológicas, neoplásicas e uso de fármacos. Quando não se identificada causa subjacente, é assumida SIADH idiopática.

Caso Clínico

Mulher, 80 anos, antecedentes de diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia, fibrilação auricular e doença de Fahr. Sob apixabano 5 mg *bid*, telmisartan 40 mg *qd*, Lercanidipina 5 mg *qd*, Alprazolam 0.5 mg *qd*, metformina/vildagliptina 50/1000mg *bid*, Gliclazida 60mg *qd*, Rosuvastatina 5mg *qd*. Admitida por queda no domicílio. Objetivamente desorientada, sem défices neurológicos focais, hemodinamicamente estável, sem sinais de hipo ou hipervolemia. Analiticamente, hiponatremia grave (120 mEq/L), osmolaridade plasmática reduzida (265 mOsm/kg), osmolaridade urinária (355 mOsm/kg) e sódio urinário (63 mEq/L) elevados, função renal e tiroideia, cortisol e ACTH normais. TC TAP sem alterações de relevo. RM cerebral com calcificações compatíveis com Doença de Fahr, mas descartou lesões hipotalâmico-hipofisárias. Mamografia revelou lesão mamária com características benignas (BI-RADS 3), confirmada por biópsia (fibroadenomatose e ectasia ductal). Endoscopia alta e baixa sem alterações relevantes. Persistência de hiponatremia após troca de terapêutica anti-hipertensora. Diante da ausência de etiologia identificável, assumida SIADH idiopática. Iniciou restrição hídrica e suplementação com bicarbonato de sódio, estratégias com efeito limitado. A hiponatremia persistiu até à introdução de TOLV, que resultou na correção dos níveis de sódio nas primeiras 24 horas. Sem efeitos adversos associados ao TOLV, com titulação de dose ao longo do internamento. A doente teve alta com TOLV 15 mg em dias alternados. Mantém estabilização dos valores de Na⁺ sob TOLV aos 2 anos de seguimento.

Discussão

A SIADH idiopática permanece um diagnóstico de exclusão e representa um desafio diagnóstico e terapêutico. O caso destaca a ineficácia de abordagens tradicionais e o papel do TOLV na correção segura da hiponatremia persistente. O reconhecimento precoce desta entidade e o tratamento individualizado são essenciais para prevenir complicações associadas à hiponatremia ou à sua hipercorreção.

Inesperado padrão em “largada de balões” no raio-X do tórax: um desafio diagnóstico

João M. Mendes Coelho; Diogo Regateiro; Ricardo Velho; Joana Coelho; Jorge Fortuna; Lèlita Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

O padrão em “largada de balões” na radiografia do tórax é um achado imagiológico raro, geralmente associado a doença neoplásica avançada (comumente a partir dos pulmões, mama ou rins), mas também a algumas infecções e doenças reumatológicas. Reportamos um caso de tumor neuroendócrino (TNE) do pulmão com apresentação inicial com padrão em “largada de balões” na radiografia do tórax.

Caso Clínico

Um homem de 69 anos recorreu ao Serviço de Urgência em Março de 2024 com tosse produtiva e hemoptises com 6 meses de evolução, e dispneia desde o mês anterior, sem febre, perda ponderal, anorexia ou suores nocturnos. Salientamos dos antecedentes um meningioma frontal não ressecado completamente em 2022. O raio-X do tórax mostrou um padrão em “largada de balões”. A tomografia computadorizada (TC) de corpo inteiro revelou várias massas volumosas em ambos os pulmões e metastização ganglionar difusa. O doente realizou broncofibroscopia e as biópsias fizeram o diagnóstico de TNE com origem desconhecida. A tomografia por emissão de positrões com Ga68-DOTANOC mostrou um padrão semelhante à TC, com captação adicional de radiofármaco no local de ressecção do meningioma, sendo possível a persistência/recorrência deste. O doente iniciou quimioterapia (QT) com Carboplatina-Etoposido em Maio. Desde então o estado geral do doente foi-se deteriorando e a QT foi suspensa em Setembro, tendo o doente sido referenciado para Cuidados Paliativos.

Discussão

No presente caso, o doente apresentou-se inicialmente com opacidades em “largada de balões”, imagem associada a doença neoplásica avançada e muito rara no contexto de apresentação inicial de doença. Os TNEs são um tipo raro de tumor, 25% dos quais são detectados nas tracto respiratório; cerca de 40% destes são visíveis no raio-X do tórax, tipicamente como nódulo solitário, sendo extremamente rara a presença de “largada de balões”.

Angiossarcoma hepático associado a síndrome de obstrução sinusoidal, a propósito de um caso clínico

Margarida Mourato

HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

O angiossarcoma hepático é um tumor raro e agressivo, com tendência a invasão vascular, podendo, raramente, associar-se ao síndrome de obstrução sinusoidal por comprometimento endotelial e disfunção microvascular hepática.

Um homem de 59 anos autónomo com história médica conhecida de talassemia minor e diabetes mellitus não insulinotratado e sem complicações conhecidas, recorre ao serviço de urgência por dor abdominal difusa e perda ponderal significativa com dois meses de evolução. Analiticamente à admissão com anemia microcítica e alteração das provas de função hepática com hiperbilirrubinemia. Fica internado para estudo e faz vários exames complementares de diagnóstico imagiológicos, inclusive ressonância magnética hepática que revelou uma volumosa lesão nodular sugestiva de hemangioma hepático e aspectos sugestivos de doença veno-oclusiva. Posteriormente realiza biópsia hepática com aspectos enquadráveis em angiossarcoma de padrão sinusoidal.

O angiossarcoma hepático é uma neoplasia rara frequentemente diagnosticada tardiamente devido à sua apresentação clínica inespecífica e por vezes sobreposição de achados imagiológicos com lesões benignas. Este caso reforça a importância de considerar etiologias neoplásicas em doentes com suspeita de síndrome de obstrução sinusoidal sem fatores de risco habituais.

Mal de Pott

Beatriz Sá Pereira; Zsófia Santos; Teresa Costa Pereira; Maria Leonor Neves; Rita Penaforte; Ana Luísa Lima

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE AMADORA/SINTRA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A tuberculose osteoarticular representa 10 a 35% dos casos de tuberculose extrapulmonar, sendo mais frequente em indivíduos com infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH).

Caso clínico

Mulher de 49 anos, natural da Guiné-Bissau, sem antecedentes pessoais de relevo, recorre ao serviço de urgência por quadro de lombalgia com irradiação aos membros inferiores de agravamento progressivo com 3 meses de evolução, associada a sensação febril não quantificada. Negava perda de peso, sudorese noturna ou tosse.

Analticamente, sem anemia, com velocidade de sedimentação de 29mm/h, fosfatase alcalina 120U/L, gama glutamil transferase 209U/L e proteína C reativa 3.14mg/dL. Realizou tomografia computadorizada (TC) da coluna lombar que revelou lesões ósseas destrutivas nos corpos vertebrais de L1 a L3. Internada para estudo etiológico.

A TC toraco-abdomino-pélvica revelou nódulos pulmonares. A ressonância magnética (RM) da coluna lombar mostrou destruição dos discos intervertebrais, com deformação exuberante dos corpos vertebrais, especialmente em L2 e L3, com focos líticos e escleróticos, com compressão do saco tecal e conflito das raízes da cauda equina. As hemoculturas foram negativas.

Dada a elevada suspeita de tuberculose, realizada broncofibroscopia, com exame bacteriológico e pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) negativos no lavado broncoalveolar, mas com PCR para *Mycobacterium tuberculosis* positiva. Confirmado o diagnóstico de tuberculose óssea, iniciou terapêutica anti-bacilar com o esquema clássico. Face aos achados na RM, foi transferida para a Neurocirurgia para intervenção cirúrgica.

Discussão

A espondilodiscite tuberculosa (*Mal de Pott*), é uma forma de tuberculose extrapulmonar com envolvimento da coluna vertebral. Constitui um desafio diagnóstico não só pela clínica insidiosa, como pela dificuldade na identificação de micobactérias nas amostras biológicas.

Intracranial lesions as a manifestation of invasive *Aspergillus* infection: a case report

Ana Reis; André Martins; Maria João Barbosa; Stanislav Tsisar; Inês Quinteiro; Manuel Monteiro; Leonor Soares; Luísa Azevedo; Fátima Lampreia; Marta Ilharco; Mário Rodrigues; Melanie Ferreira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Intracranial masses are a result of various diseases, its differential including benign tumors, infectious or inflammatory abscesses, cancer, congenital deformities, and vascular lesions. Careful evaluation of the patient's prior history, the temporal evolution of the symptoms, and the imaging patterns of the lesions help narrow the hypothesis. Infectious brain abscesses are a rare occurrence, with an estimated incidence of 0,0003-0,0013%. The most common microorganisms responsible are bacteria, although in patients with predisposing conditions (HIV, cancer immunosuppression, etc.), fungi and parasites should be considered. Infections by *Aspergillus* fungi are usually a result of vascular spreading of an infection of the perinasal sinuses, respiratory, or gastrointestinal tracts. This results in the formation of aspergillomas, causing acute neurological deficits. Diagnosis is challenging, requiring the identification of the fungus on direct microscopy, a positive culture of a usually sterile tissue, a positive blood culture, or PCR amplification of the microorganism's DNA. Invasive *Aspergillus* infection of the central nervous system has a reported mortality rate of 85-100% in immunocompromised patients. Early identification and adequate treatment can improve the outcome, although prognosis is, in general, poor.

A 54-year-old woman with small lung cell carcinoma undergoing chemo-radiotherapy presented to the emergency room with a history of fever, dizziness, headache, nausea, scotomas in the left eye, and periods of mental confusion. A head MRI showed multiple intracranial necrotic-cystic lesions. After a multidisciplinary discussion, the main diagnostic hypothesis was *Aspergillus* infection. The patient started on empirical anti-fungal treatment with amphotericin B. After various negative cultures of multiple tissues, including brain tissue, a positive blood real-time PCR for *Aspergillus* strengthened the suspected diagnosis. The patient died before further testing could take place, and an autopsy wasn't conducted.

Brain Aspergilomas are rare entities, making their management difficult given the lack of clinical experience. Reporting and discussing clinical cases like this can contribute to more robust knowledge that may help us treat these patients more successfully.

Peritonite num contexto diferente

Joana Monteiro; Rita Matos Santos; Ana Filipa Martins; Cleide José Maria; Inês Brito Gonçalves; Mariana Ruivo; Luis Campos; José Pimentel Maia; Alexandra Mendes; Rosa Macedo Carvalho; Joana Moraes; Maria João Regadas

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Introdução

A peritonite esclerosante encapsulante (PEE) é uma doença pouco comum que associa espessamento e fibrose peritoneal. Em estados mais avançados pode ocorrer encapsulamento com encarceramento de ansas e obstrução intestinal. De etiologia multifatorial, mas com maior incidência em doentes com história de diálise peritoneal.

Caso Clínico

Homem de 22 anos, com antecedente de derivação ventrículo-peritoneal (DVP) por hidrocefalia pós-hemorragica. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro com cerca de 2 semanas de dor abdominal na fossa ilíaca direita (FID) e aumento do volume abdominal, que piora em decúbito. Associando astenia e cansaço. No SU, com dor à palpação da FID e PCR aumentada. Tomografia computadorizada abdomino-pélvica (TC-AP) com volumosa ascite loculada que apresenta no seu interior algumas ansas ileais e o cateter peritoneal, com espessamento dos folhetos peritoneais. Realizada paracentese diagnóstica com saída de líquido cítrico, após análise com critérios de exsudato sugestivo de peritonite bacteriana espontânea (PBE). Internado por PBE em doente com DVP sob antibioterapia. Durante o internamento, por ausência de crescimento microbiológico e manutenção de parâmetros inflamatórios, foi colocada a hipótese diagnóstica de PEE secundária à DVP. Por conseguinte, inicia corticoterapia e após reunião multidisciplinar com neurocirurgia é decidido pela remoção de cateter abdominal de shunt ventrículo-peritoneal e realização de derivação interna ventrículo-auricular. TC-AP 15 dias após procedimento a registar menor volume de ascite loculada, a par com diminuição dos parâmetros inflamatórios. Portanto, doente com alta sob corticoterapia a ser reavaliado em consulta de medicina interna e neurocirurgia.

Conclusão

Este caso clínico demonstra que se deve pensar nas hipóteses de diagnóstico mais comuns à cabeça, mas não esquecendo as hipóteses de diagnóstico menos prováveis. Neste caso temos um jovem, que não apresenta o principal fator para PEE, diálise peritoneal, no entanto, é portador de um cateter peritoneal. Levantando a hipótese de associação.

Sarcoidose: um culpado singular para múltiplas ofensas

Luís Filipe Couto; Letícia Leite; Isabel Trindade; Glória Alves; Jorge Cotter

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO AVE

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A Sarcoidose é uma doença granulomatosa com manifestações clínicas variadas, na dependência dos órgãos envolvidos; as apresentações mais comuns incluem adenopatias hilares bilaterais, doença intersticial pulmonar e lesões oculares, articulares e cutâneas.

Caso clínico

Mulher de 55 anos, autónoma e cognitivamente preservada, foi referenciada ao serviço de urgência por anemia e insuficiência renal em agravamento. Tinha antecedentes de *diabetes mellitus* tipo 2 (insulinotratada, diagnosticada há 15 anos) com complicações microvasculares (retinopatia diabética e nefropatia diabética); doença renal crónica - estadio 2, em avaliação 6 meses antes; e anemia crónica.

Doente referia dispneia para médios esforços e 1 episódio de olho vermelho havia 2 semanas.

Apresentava taxa de filtração glomerular estimada de 20 ml/min/1.73 m² e proteinúria de 24h de 676.2 mg; ecografia renal sem alterações. Apresentava velocidade de sedimentação superior a 100 mm/h. Realizou biópsia renal; relatório anatomopatológico com “características de nefropatia diabética com sinais de cronicidade (classe III), e aspetos focais integrados em nefrite tubulo-intersticial sarcoidótica”.

Tomografia computadorizada torácica com “padrão reticular difuso, com ligeiro espessamento dos septos interlobulares, e algumas áreas de densidade em vidro despolido periféricas”. Realizou broncofibroscopia - razão CD4/CD8 elevada 7,05. Biópsia ganglionar com “processo inflamatório granulomatoso”.

Avaliada por oftalmologia, com diagnóstico de uveíte anterior bilateral ativa, iniciando corticoide tópico.

Realizou tomografia por emissão de positrões: identificada atividade em pulmões, glândula tireoide e em gânglios linfáticos mediastínicos.

Em ecografia tireoideia identificado nódulo sólido, 20 mm de maior diâmetro; citológico de biópsia aspirativa com grupos de histiócitos esboçando granulomas.

Iniciou prednisolona na dose 1 mg/ Kg/ dia e metotrexato, encontrando-se neste momento em monitorização de evolução clínica.

Discussão

Este caso exemplifica a importância da investigação, integrada, dos diferentes diagnósticos diferenciais que concorrem a determinada clínica; apesar da sua menor probabilidade, esta abordagem permite que não se desconsiderem causas potencialmente tratáveis do quadro em estudo.

Quando o inesperado bate à porta dos 80: um caso atípico de vasculite granulomatosa com eosinofilia

Juliana Andrade; Marina Alves; Céu Rodrigues; Vânia Gomes; Carlos Capela; Rita Matos Sousa; Marta Braga Martins; Rita Gonçalves Pinto

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A poliangeíte granulomatosa com eosinofilia (EGPA) é uma doença sistémica rara caracterizada por inflamação e necrose vascular, diagnosticada mais frequentemente na 4ª década de vida. Este caso ilustra a complexidade deste diagnóstico diferencial em idade geriátrica, uma causa incomum de vasculite após os 65 anos.

Mulher de 82 anos, cognitivamente íntegra, com asma desde a infância e rinossinusite com episódios paroxísticos de epistaxis com anos de evolução. Internada na Medicina Interna, em setembro de 2023, por desorientação e desequilíbrio na marcha, com cerca de 3 semanas de evolução e de agravamento progressivo. Ressonância Magnética crânio-encefálica sem lesões agudas, com focos de hipersinal dispersos pela substância branca dos hemisférios cerebrais e protuberância, a sugerir doença de pequenos vasos crónica. Neurologia inferiu possível parkinsonismo vascular ou iatrogénico secundário à amisulprida recentemente prescrita. Teve alta com ajuste da terapêutica cardiovascular e suspensão deste fármaco. Nos seis meses seguintes, manteve desequilíbrio e apresentou infeções recorrentes, com anorexia e astenia em agravamento. Em abril de 2024, foi internada por infeção respiratória com hemoptises. Analiticamente, com anemia inflamatória, lesão renal aguda de novo, aumento da velocidade de sedimentação, eosinofilia periférica e presença de anticorpos anticitoplasma de neutrófilos antimieloperoxidase (ANCA-MPO). Tomografia computadorizada de tórax com espessamento brônquico e área em vidro despolido e Tomografia de emissão de positrões sem captação anómala. A broncofibroscopia revelou resíduos de hemossiderina no Lavado brônquico e a biópsia renal mostrou vasculite necrotizante com eosinofilia e granulomas. Portanto, achados compatíveis com diagnóstico de EGPA, com envolvimento nasal, renal, pulmonar e neurológico. Iniciou tratamento com corticoide e indução com Rituximab, com excelente melhoria clínica. Atualmente com doença controlada mediante Rituximab semestral.

Este caso destaca a necessidade de uma avaliação clínica extensa de idosos no cenário de doença multissistémica crónica inexplicada. A vigilância apertada, identificação precoce e tratamento adequado desta patologia são cruciais para melhorar o prognóstico e a qualidade de vida destes doentes.

Granulomatose Sifilítica: Desafios no Diagnóstico e Tratamento

Catarina Guedes Monteiro; Marta Valentim; Maria João Lume; Sofia Teixeira; Marta Nascimento; Joana Gonzaga

CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A sífilis é uma infeção sexualmente transmissível causada pela bactéria *Treponema pallidum*. O envolvimento cutâneo e genital são as manifestações mais comuns, no entanto a infeção por sífilis pode afetar muitos outros órgãos através de lesões granulomatosas que podem ser confundidas com outras patologias.

Caso clínico

Homem, 54 anos, com antecedentes de Hipertensão Arterial e tabagismo. É admitido por quadro de edema testicular com 6 meses de evolução cuja ecografia mostrava alterações sugestivas de seminoma bilateral. Complementou estudo com Tomografia Axial Computorizada de corpo a evidenciar hepatomegalia com vários nódulos hipodensos, adenopatias retroperitoneais e nódulos pulmonares; e estudo analítico com marcadores tumorais normais. Foi referenciado à consulta de Urologia, e com o consentimento do doente, realizada orquiectomia bilateral radical com estudo histológico a revelar orquite granulomatosa bilateral. Nesse contexto, é encaminhado para consulta de Medicina Interna, onde, apurando os antecedentes, verificou-se que o doente já apresentava hepatite C (HVC) não tratada e sífilis aparentemente tratada. Realizou Tomografia de Positrões a excluir lesões malignas, mas presença de nódulos pulmonares sólidos inespecíficos. Por estudo analítico foi descartada tuberculose, mas confirmado quadro de sífilis ativa. Levantada a suspeita de sífilis em doente HVC positivo a condicionar doença testicular com provável atingimento hepático e pulmonar. Realizou tratamento para ambas infeções apresentando resolução dos nódulos pulmonares e hepáticos, mantendo fibrose hepática: 8.9kPa.

Discussão

As doenças granulomatosas têm diversas causas, estar alerta e uma abordagem multidisciplinar pode evitar morbimortalidade acrescida. Nos casos de infeção concomitante por sífilis e hepatite C o diagnóstico torna-se ainda mais desafiante porque ambas as condições podem condicionar lesão hepática. O tratamento adequado da sífilis granulomatosa apresenta muito bom prognóstico com resolução completa da infeção. Este caso ilustra a importância da história clínica para se alcançar um correto diagnóstico e evitar submeter o doente a procedimentos invasivos e irreversíveis.

Ascite e Insuficiência Renal: O Disfarce de uma Leucemia

José Martins Dos Santos; Carla Costa; Beatriz Gamito Gonzaga; Nuno Alemã Serrano; Gonçalo Peres; Nina Jancar

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A Leucemia Prolinfocítica de Células B (LPL-B) é uma neoplasia hematológica rara e agressiva, frequentemente diagnosticada em fases avançadas. Apresenta-se frequentemente com linfadenopatias volumosas, hepatoesplenomegalia e envolvimento medular, podendo cursar com sintomas inespecíficos. Este caso ilustra a complexidade diagnóstica e terapêutica de uma LPL-B de apresentação inicial com ascite volumosa e síndrome de lise tumoral espontânea.

Caso Clínico

Homem de 65 anos, autónomo, trabalhador de oficina, com antecedentes de insuficiência cardíaca crónica (NYHA I) e hipertensão arterial. Recorreu ao serviço de urgência por distensão abdominal progressiva, dor em cinturão, dispneia para mínimos esforços e oligoanúria, associadas a perda ponderal de 8kg em 8 meses e episódios de vômitos pós-prandiais.

Ao exame físico destacava-se ascite volumosa e edemas maleolares ligeiros, sem instabilidade hemodinâmica. Exames laboratoriais revelaram insuficiência renal aguda KDIGO 3, hiperuricemia e hiperfosfatemia, com necessidade de indução dialítica. A TC toraco-abdomino-pélvica evidenciou esplenomegalia, adenopatias supra e infradiafragmáticas, ascite moderada e sinais de linfomatose peritoneal. Realizou mielograma com morfologia e imunofenotipagem compatíveis com LNH-B CD5+. A biópsia excisional de gânglio supraclavicular e biópsia osteomedular confirmaram o diagnóstico de LPL-B com progressão prolinfocítica de LLC/LLM. Iniciou ainda em regime de internamento quimioterapia com protocolo CHOP (ainda antes do diagnóstico definitivo) e corticoterapia sistémica, com boa resposta inicial e melhoria das queixas álgicas e diminuição da ascite.

Discussão

A LPL-B é uma doença rara e agressiva, frequentemente confundida com outras neoplasias hematológicas. Este caso destaca a importância de um diagnóstico atempado em doentes com sintomas sistémicos e linfadenopatias volumosas, permitindo intervenção precoce e potencial melhoria prognóstica.

Trombocitopenia Imune um desafio terapêutico

Carolina Isabel Marcos Queijo; Raquel Lourenço Martins; António Sousa; Inês Peneda Ferreira; Andreia Rocha Costa; Fernando Salvador

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A trombocitopenia imune é uma doença pró-hemorrágica com diferentes apresentações. Resulta da formação adquirida de autoanticorpos anti-plaquetares que levam quer ao aumento da destruição, quer à diminuição de produção plaquetar. As manifestações clínicas estão relacionadas com o aumento do risco de hemorragia.

Caso clínico

Homem, 66 anos, avaliado em consulta por trombocitopenia. Previamente seguido por hematologia, com exclusão de patologia hematológica primária. De antecedentes perturbação de abuso do álcool, sem consumos desde 2003. Clinicamente e objetivamente assintomático. Analiticamente trombocitopenia (mínimo de 10000/mm³) em evolução desde 2013. Não foi identificada toxicidade farmacológica. Serologias víricas (VHB, VIH, VHC) negativas e ANCAs FR, Anti-CCP, Autoanticorpos anti-plaquetares negativo. ANAs positivos 1:160 com padrão homogéneo, anticorpos anticoagulante lúpico, IgM beta2M e cardiolipina positivos, consumo de complemento (C3 62;C4 10 mg/dL) mas sem eventos trombóticos. Sem evidência de hemólise, anemia hemolítica microangiopática ou esquizócitos no ESP, sem disfunção renal, sem evidência de PTT e teste H.pylori negativo. Realizou ecografia abdominal sem alterações, sem organomegalias. Iniciou prednisolona na dose 1 mg/kg com subida paulatina das plaquetas, agravamento com desmaio pelo que, realizou imunoglobulina humana(IgIV) i.v 1g/kg, com subida da contagem plaquetar, porém nova descida das plaquetas, apresentando como fator confundidor a toma da vacina SarsCOV2 duas semanas prévias. Por descida sustentada da contagem plaquetar e valores < 50000/mm³, foi proposto para tratamento com rituximab, 1g, com melhoria clínica e analítica.

Discussão e Conclusão

A TI é um diagnóstico de exclusão, exigindo uma marcha diagnóstica exaustiva. A terapêutica está indicada se hemorragia ou contagem plaquetar < 20.000-30.000/mm³. O tratamento de primeira linha envolve medidas para elevação da contagem plaquetar, como glicocorticoides e/ou IgI. Na ausência de resposta, outros tratamentos devem ser equacionados, incluindo rituximab, esplenectomia e agonistas dos recetores da trombopoietina. Este caso exemplifica o desafio diagnóstico e terapêutico que a trombocitopenia imune pode representar.

Infeções respiratórias recorrentes: um caso de Pneumonia Organizativa pós-COVID-19

António Cardoso Fernandes; Maria Guilherme Muchata; Mariana Marques; Joana Urbano; Diana Guerra

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

Tema: Doenças respiratórias

Introdução

O tratamento de doentes com múltiplas comorbidades e com infeções respiratórias recorrentes exige uma abordagem diagnóstica metódica, e por vezes multidisciplinar. A pneumonia organizativa é uma complicação possível, associada à infeção por COVID-19.

Caso Clínico

Mulher de 85 anos, parcialmente dependente, com antecedentes de insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada, linfoma linfocítico de pequenas células/leucemia linfocítica crónica B e síndrome ventilatório misto com hipertensão pulmonar. Não fumadora e sem exposição significativa a biomassa. Apresenta múltiplos internamentos no último ano por infeções respiratórias, tendo sido submetida a diversos ciclos de antibioterapia, desde o internamento por infeção COVID-19 em 02/2022. Internada em 03/2024 por pneumonia pneumocócica. Dada história de infeções recorrentes, realizada broncofibroscopia e lavado brônquico, mas sem alterações citológicas ou isolamentos microbiológicos. Sem aparente patologia autoimune (ANAs, ANCAs, anti-MBG, anti-CCP, anti-dsDNA, anti-SSA, anti-SSB negativos e sem clínica sugestiva). Ao rever o processo da doente, nomeadamente os estudos imagiológicos prévios, verifica-se consolidações migratórias, compatíveis com pneumonia organizativa, e alterações sequelares fibróticas assumidas no contexto de infeção COVID-19 presentes pelo menos desde 11/2022, e não presentes no estudo prévio àquela infeção. Iniciada corticoterapia. Observou-se hipogamaglobulinemia, aparentemente secundária ao linfoma, tendo iniciado Imunoglobulina endovenosa mensal. Após a alta hospitalar, manteve seguimento em consulta, com melhoria clínica, e sem novas intercorrências infecciosas.

Discussão

Este caso destaca a importância de considerar diagnósticos alternativos em doentes com infeções respiratórias recorrentes. A identificação de pneumonia organizativa, juntamente com o tratamento adequado, foi crucial para a melhoria da doente.

Olhos Bem Abertos: quando a Neurite Óptica Isquêmica espelha surpresas do coração

Juliana Andrade; Marina Alves; Céu Rodrigues; Vânia Gomes; Marta Braga Martins; Rita Gonçalves Pinto

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

O *Streptococcus infantarius* é uma bactéria comensal do tracto gastrointestinal e capaz de causar endocardites agressivas, com destruição de múltiplas válvulas associadas a complicações embólicas cutânea, pulmonar, do sistema nervoso central ou ocular.

Homem, 78 anos, hipertenso, com dislipidemia, insuficiência aórtica moderada. Com perda ponderal de 5 Kg e astenia nos últimos 2 meses. Foi ao serviço de urgência (SU) por amaurose e visão turva bilateral com 3 dias de evolução, além de anemia inaugural e aumento de velocidade de sedimentação. A Neurologia avaliou-o e pediu angiotomografia cerebral que excluiu lesões agudas. Pedida observação por Oftalmologia, que inferiu Neurite Óptica Isquêmica Anterior (NOIA). Teve alta medicado com prednisolona 1mg/Kg e pedido de consulta prioritária para Reumatologia, que o avaliou após 2 dias: por ausência de melhoria e exclusão de vasculite, suspendeu corticoterapia e o encaminhou ao SU devido a edema exuberante dos membros inferiores. No SU, objetivou-se também sopro cardíaco no bordo esternal esquerdo, com clínica de insuficiência cardíaca (IC) inaugural. Realizou Angiotomografia toraco-abdominopélvica que revelou enfarte esplênico, derrame pleural bilateral e cardiomegalia. Foi internado para estudo. Ecocardiograma transtorácico inicial revelou vegetação mitral. Colheu hemoculturas e iniciou antibioterapia empírica para endocardite de válvula nativa. Realizou ecocardiograma transesofágico que mostrou vegetação e insuficiência valvular severa mitral e aórtica com perfuração, implicando transferência do doente para a Cardiologia. Hemoculturas isolaram *Streptococcus infantarius* e a Angiorressonância Magnética mostrou embolização cerebral. A Estomatologia excluiu infeção oral e as endoscopias digestivas foram inocentes. As hemoculturas de controlo foram negativas e houve progressiva melhoria analítica e da amaurose, com apirexia sustentada. Ao 25º dia, foi transferido para centro especializado em Cirurgia Cardiotorácica para substituição valvular aórtica.

Este caso ilustra a complexa gestão da endocardite mitro-aórtica por *S. infantarius*, com NOIA à apresentação e complicada por embolização cerebral, esplênica e destruição valvular cardíaca, com necessidade de cirurgia e tratamento com Penicilina em dose elevada por 6 semanas.

A arte da observação: o impacto da semiologia no diagnóstico rápido

ALEXANDRA AZEVEDO; Rita Xavier; Jorge Salomão; Paula Baptista; Cláudia Maio

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO AVE

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

Na endocardite infecciosa as lesões de Janeway e nódulos de Osler são causadas por fenómenos imunomediados e embolizações sépticas para pequenos capilares. A sua presença é específica desta patologia e a sua constatação permite iniciar tratamento e evitar consequências catastróficas como destruição valvular, infeção generalizada e embolia séptica à distância.

Caso clínico

Mulher de 72 anos, Clinical frailty scale 3, com antecedentes de diabetes melitus tipo 2, valvuloplastia mitral biológica em 2017 e fibrilhação auricular permanente hipocoagulada com varfarina. Recorre ao serviço de urgência (SU) por febre e mialgias com 3 dias de evolução, tendo tido alta com o diagnóstico de infeção do trato urinário, medicada com cefuroxima. Readmissão no SU após 4 dias por agravamento clínico. Ao exame objetivo a destacar lesões violáceas, algumas com relevo e dolorosas, sugestivas de serem lesões de Janeway e nódulos de Osler na face palmar de dedos das mãos e plantas dos pés. Face ao descrito e aos antecedentes, iniciou empiricamente ceftriaxone, flucloxacilina e gentamicina na presunção de endocardite infecciosa (mais tarde confirmada por imagens de vegetações periprotésicas sem destruição valvular). Depois de isolamento de *S. dysgalactiae* em hemoculturas da admissão, descalada antibioterapia para penicilina. Após 6 semanas de antibioterapia a doente teve alta sem qualquer sequela.

Conclusão

Atualmente assiste-se a uma subvalorização da semiologia clínica em detrimento de exames complementares na marcha diagnóstica. No entanto, os autores apresentam este caso clínico para evidenciar a importância da anamnese e do exame objetivo detalhado no diagnóstico e tratamento atempado.

A imigração de uma infecção endêmica: Meliodose multifocal esplénica

**Hugo Jorge Alves; Filipa Nunes; André Santos; Sara Frazão de Brito; João Antunes;
Raquel Tavares; Paulo Rodrigues**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A *Burkholderia pseudomallei* é um bacilo Gram negativo, cuja infecção, a melioidose, é endêmica do Sudeste asiático. A transmissão ocorre no contacto com solo ou água contaminada, podendo ter incubação até 21 dias ou permanecer latente. A clínica é inespecífica e órgão-dependente, podendo mimetizar outras doenças. Os abscessos intra-abdominais são das manifestações mais incomuns, sendo os esplénicos tipicamente multifocais.

Caso Clínico

Homem, 44 anos, bengali, em Portugal há 10 meses. No Bangladesh, agricultor em campos de arroz. História de diabetes mellitus (HbA1c 13,4%) e tuberculose em 2016.

Recorre ao Serviço de Urgência por 3 semanas de astenia, calafrios, sensação febril, hipersudorese e mialgias.

Ao exame objetivo, subfebril (37,5°C), sudorético. Palpação abdominal dolorosa no hipocôndrio esquerdo.

Analiticamente, anemia, elevação de PCR (208mg/L), sem leucocitose ou neutrofilia, trombocitopenia, discreta elevação das transaminases, GGT, FA e hiperbilirrubinémia direta.

TC Abdomino-pélvica descreve hepatoesplenomegália com múltiplas imagens esplénicas, nodulares, dispersas, hipocaptantes, uma delas com extensão extra-capsular para o flanco esquerdo, sugestivas de abscesso. Biópsia impossibilitada pelo risco hemorrágico.

Colhe hemoculturas bacteriológicas e micobacteriológicas (negativas). Inicia antibioterapia empírica com Ceftriaxone (28 dias) e Metronidazole (21 dias).

Durante tratamento, normalização de parâmetros inflamatórios e provas de função hepática, mantendo picos febris ocasionais (máximo 38,9°C) e dor no hipocôndrio esquerdo.

TC de reavaliação descreve lesões esplénicas sobreponíveis, com aumento de dimensões da porção extra-capsular, permitindo biópsia guiada por TC, com colheita de material microbiológico e isolamento de *Burkholderia pseudomallei*.

Cumpriu 14 dias de Meropenem e 3 meses de Trimetoprim/Sulfametoxazol, com resolução completa do quadro.

Conclusão

Doenças como a melioidose, com períodos de incubação e latência potencialmente prolongados, salientam a importância da colheita aprofundada, no detalhe e na cronologia, da história social e de origens ou viagens do doente. A barreira linguística, não deve ser obstáculo à obtenção de informações, como a exposição geográfica com patógenos endêmicos e fatores de risco típicos.

TEP e Derrame Pleural: Duas Faces de uma Neoplasia

Paulo Jorge O Ferreira; Mariana Hipólito Reis; Carina Andrade; Nuno Miguel Pereira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÓNIO

Tema: Doenças oncológicas

A associação entre TEP e derrame pleural como primeira manifestação de neoplasia pulmonar é rara. No entanto, isoladamente, estas condições podem preceder o diagnóstico, sendo demonstrado que 3 a 10% dos doentes com tromboembolismo venoso idiopático acabam por ter um diagnóstico subsequente de neoplasia, e o derrame pleural representa a manifestação inicial do cancro do pulmão em 10 a 15% dos casos.

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 63 anos, com risco vascular elevado e urticária crónica sob omalizumab. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com duas semanas de evolução de dispneia, predominante em decúbito lateral esquerdo, ortopneia, dor torácica pleurítica à esquerda e tosse seca. À admissão, apresentava-se hipertensa e taquicárdica. A auscultação pulmonar revelou diminuição do murmúrio vesicular nos dois terços inferiores do hemitórax esquerdo. Analiticamente, destacava-se um aumento dos dímeros-D. A angiotomografia torácica evidenciou TEP segmentar e subsegmentar à direita, uma área de consolidação pulmonar adjacente suspeita, derrame pleural esquerdo e nódulos pulmonares dispersos. A toracocentese revelou um exsudado hemático com predomínio de mononucleares, com estudo bacteriológico negativo. Durante o internamento desenvolveu insuficiência respiratória, que foi corrigida após drenagem pleural. A tomografia por emissão de positrões (PET) demonstrou captação de FDG em densificações pulmonares no lobo inferior direito e na cisura do pulmão esquerdo, envolvimento ganglionar hipermetabólico discreto e captação difusa no derrame pleural. A biópsia transtorácica da lesão pulmonar esquerda, complementada por estudo citológico (cell block), documentou adenocarcinoma do pulmão.

Os autores salientam a importância da sistematização da história clínica e exame físico, aliados a uma marcha diagnóstica célere como pontos chave para o esclarecimento diagnóstico e orientação terapêutica atempada e adequada.

Meningite pneumocócica – a importância do teste de resistências e sua análise

Ana Frederica Parente; Patricia Tinoco Araujo; António Cardoso Fernandes; Iara Fazenda; Joana Costa Lemos; Sara Armelim Alves; António Ferreira; Diana Guerra; Carmélia Rodrigues

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A doença pneumocócica invasiva é uma doença com potenciais sequelas e elevada mortalidade.

Caso Clínico

Homem, 76 anos. Admitido no SU a 5/4/24 por febre (39°C) e prostração com horas de evolução. EO: ECG Glasgow 8 (O2V1M5) e sinais meníngeos positivos. Análises: leucocitose (92% N), PCR 2.7mg/dL. TC crânioencefálica: sem alterações agudas além de opacificação timpanomastoidea esquerda. Realizada punção lombar (PL): líquido turvo, células totais 6878, leucócitos 4878 (97% N), glicose 7mg/dL, proteinorraquia 920mg/dL. Iniciado ceftriaxone 2gr bid, sedoanalgesiado, entubado, ventilado e admitido em Unidade Intensiva. HC e antígenos capsulares positivos para *Streptococcus pneumonia* (Sp) - descalado para benzilpenicilina ao 3º dia de ATB (7/4). Melhoria clínica, extubado a 9/4. Publicação parcial do Teste de Sensibilidade aos Antimicrobianos (TSA) a 10/4: Sp resistente a penicilina, retomado ceftriaxone, transferido para Enfermaria de Medicina em 11/4. Agravamento do estado neurológico a 12/4 associadamente a hipoacusia, realizada nova PL com: leucócitos 3454 (93% N), glicose 11mg/dL e proteinorraquia 1080.7mg/dL. Reavaliado TSA com evidência de resistência intermédia a ceftriaxone pelo que foi associada vancomicina. Posterior melhoria clínica e citoquímica do LCR. Observado por ORL, sem alterações, assumida hipoacusia sequelar a meningite. Completou antibioterapia dirigida durante 21 dias. Reavaliado em consulta: manteve hipoacusia sensorineural moderada. Vacinado com pneumo23 e posteriormente vacinado com pneumo20.

Discussão

Em Portugal a prevalência de estirpes de Sp resistentes à Penicilina é de aproximadamente 13,9% e a resistência a Ceftriaxone ocorre raramente. Apesar de pouco frequentes, estas resistências são possíveis e sobretudo em casos graves a descalção de antibioterapia deve ser sempre realizada de modo criterioso e de acordo com TSA para evitar sequelas e mortalidade associada.

Crises Epiléticas Focais com Alucinações Visuais: Um Caso Clínico

**Carolina Maia Nogueira¹; Dra. Luísa Guerreira²; Dra. Rute Cruz²; Maria João Vilela¹;
Bárbara Laczkovits²; Joana Mendonça Soares¹; Margarida Vieira²; Filipa Rodrigues Soares²**

¹ HOSPITAL DE BRAGA

² HOSPITAL PEDRO HISPANO

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

As crises epiléticas focais podem manifestar-se com sintomas neuropsiquiátricos, nomeadamente alucinações visuais, frequentemente confundidas com perturbações psiquiátricas. A epilepsia occipital, embora rara, requer um diagnóstico diferencial rigoroso para evitar terapêuticas inadequadas.

Caso Clínico

Homem de 42 anos com antecedentes de malformação arteriovenosa occipital paramediana direita submetida a radiocirurgia (2016), com epilepsia focal estrutural controlada com levetiracetam. O doente recorreu ao serviço de urgência após quadro clínico com duas semanas de evolução de alucinações visuais – inicialmente simples, com perceções geométricas, que progrediram para imagens complexas envolvendo figuras humanas, animais e objetos bizarros – culminando em crises tónico-clónicas generalizadas sem fator despoletante identificado. A avaliação clínica e laboratorial excluiu causas metabólicas e infecciosas. Realizou tomografia computadorizada cerebral que mostrou uma lesão clástica parieto-temporal direita e excluiu lesões ocupantes de espaço ou acidente vascular cerebral agudo. O eletroencefalograma revelou atividade paroxística interictal na região temporal inferior direita, enquanto a ressonância magnética cerebral evidenciou hypersinal em T2 FLAIR nas regiões do hipocampo, corpo e amígdala direita, atribuídos à atividade epilética. Admitiu-se o diagnóstico de *cluster* de crises hemisféricas direitas, com ponto de partida occipital direito. A otimização terapêutica com levetiracetam, lacosamida e perampnel, associada a corticoterapia, permitiu controlo das crises, com melhoria clínica e eletroencefalográfica. O estudo etiológico não identificou fatores desencadeantes.

Discussão

Este caso ilustra a diversidade de manifestações da epilepsia occipital e a importância em considerar alucinações visuais complexas como manifestação de atividade epilética. Destaca-se a necessidade de vigilância clínica e eletroencefalográfica na otimização terapêutica. A abordagem multidisciplinar foi essencial para o diagnóstico e controlo das crises. A etiologia permanece indeterminada, reforçando a relevância de investigação adicional para identificação de potenciais mecanismos subjacentes.

Neuroborreliose

Cátia Cunha Ribeiro¹; Monique Alves¹; Marta Barrigas¹; Catarina Coelho¹; Joana Pona Ferreira²; Mafalda Perdicoúlis²; Vanessa Pires²; João Enes Silva¹; Michel Mendes²

¹ ULSTMAD- HOSPITAL DE CHAVES

² ULSTMAD- HOSPITAL DE VILA REAL

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

A Doença de Lyme é uma doença infecciosa, não contagiosa, cujo agente responsável é a *Borrelia burgdorferi* e pode ser transmitida ao Homem por artrópodes. É uma doença endémica em Portugal e, embora sazonal, com maior incidência na primavera-verão, pode observar-se em qualquer altura do ano.

Caso Clínico

Homem de 70 anos, cognitivamente íntegro e autónomo para as AVDs. Antecedentes de hipertensão arterial, diabetes *mellitus* tipo 2, dislipidemia e doença cerebrovascular isquémica. Trazido ao Serviço de Urgência (SU) a 21/12/2024 por quadro progressivo e com 4-5 meses de evolução de alterações de tipo cognitivo, executivo e de linguagem associado a alterações na marcha e incontinência urinária de urgência. Objetivada perturbação disexecutiva, alterações na fluência verbal e desorientação direito-esquerdo com digitognosia. Realizou TC-CE que mostrou leucoaraiosis microangiopática crónica e uma sequele crónica de enfarte da artéria cerebral média à direita e occipital à direita. Foi referenciado para o Hospital de Dia para investigação complementar. Análises com serologias negativas (VHC, VIH, sífilis), sem défices vitamínicos ou alterações da função tiroideia. Punção lombar com liquor com pleocitose de predomínio mononuclear, sem consumo de glicose e hiperproteínoorraquia, com painel de meningite vírica negativo e exame bacteriológico negativo. RM-CE não mostrou evidência de processo inflamatório meníngeo ou aspetos sugestivos de ventriculite. Foi proposto internamento hospitalar para investigação adicional e tratamento da meningite crónica. Por isolamento de *Borrelia burgdorferi* no liquor, foi assumido o diagnóstico de doença de Lyme (doença disseminada tardia) tendo cumprido 28 dias de tratamento com ceftriaxone 2g endovenoso. O doente evolui de forma francamente favorável, com recuperação da disfunção cognitiva e executiva, bem como, das alterações da marcha.

Discussão

A doença de Lyme pode dar sintomas muito inespecíficos, nomeadamente, fadiga, calafrios, febre, cefaleia, mialgias ou artralgias. Quando não tratada, num espaço de semanas a meses, pode dar alterações neurológicas, sendo muito comuns, a meningite linfocítica, neurite craniana e radiculoneuropatia sensorial e/ou motora.

A Gota D'água: Derrame Pericárdico Como Manifestação Extrema de LES Não Tratado

Mariana Antão; Teresa Abegão; Claudia Fitas; Carlos Cabrita; Catarina Mendonça

CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE, EPE / HOSPITAL DE FARO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença autoimune com manifestações heterogêneas. O envolvimento cardíaco extenso como manifestação inicial é raro e pode dificultar o diagnóstico. Apresentamos um caso de LES não diagnosticado durante um ano, culminando em derrame pericárdico volumoso que necessitou de intervenção urgente, ilustrando a importância do diagnóstico precoce.

Mulher de 44 anos, recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal e febre. Há um ano com queixas de artralgias, edema articular, rash malar, alterações ungueais e manchas despigmentadas nas mãos, além de perda ponderal significativa (30kg) não intencional, suores noturnos e cansaço fácil. Ao exame, destacavam-se IMC 16 kg/m², hiperpigmentação facial, edema articular e distrofia ungueal. Analiticamente, apresentava anemia, neutropenia, trombocitopenia e proBNP elevado. O raio-X torácico revelou aumento do índice cardiotorácico e o ecocardiograma identificou um volumoso derrame pericárdico com dilatação das cavidades direitas.

Foi realizada pericardiocentese com drenagem de 800 mL de líquido citrino. A investigação revelou fator reumatoide, ANA, anti-Sm, anti-dsDNA e anticoagulante lúpico positivos, consumo de complemento, hipergamaglobulinemia e proteinúria. A biópsia renal confirmou nefrite lúpica classe II. Foi diagnosticado LES (33 pontos nos critérios EULAR/ACR) e iniciada prednisolona 1mg/kg/dia, com posterior introdução de hidroxicloroquina 200mg/dia e azatioprina 25mg/dia, verificando-se melhoria clínica significativa e diminuição do derrame pericárdico, tendo alta após 44 dias de internamento.

Este caso ilustra uma apresentação grave de LES não tratado, com derrame pericárdico significativo e tamponamento iminente, reforçando a necessidade de considerar LES no diagnóstico de derrames pericárdicos. A demora no diagnóstico levou a envolvimento multiorgânico grave, destacando a importância da suspeição clínica e diagnóstico e tratamentos precoces do LES para evitar danos irreversíveis.

Tuberculose Parotídea: Uma Face Inesperada da Doença Extrapulmonar

Adriana Basílio; Alexandra Silva Azevedo; Isabel Viana Novo; Renato Nogueira; Alice Pinheiro

ULS MÉDIO AVE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A tuberculose extrapulmonar, embora rara, pode afetar as glândulas salivares, incluindo a glândula parótida. Esta forma da doença pode ser subdiagnosticada devido à sua apresentação clínica inespecífica. O diagnóstico precoce é fundamental para evitar complicações.

Caso Clínico

Mulher de 54 anos, cognitivamente íntegra e autónoma, foi referenciada à consulta de Medicina Interna, por, há cerca de 6 meses ter notado nódulo na região da glândula parotídea direita, imóvel e não doloroso, sem outros sinais inflamatórios associados ou outras massas/adenomegalias. Negava quaisquer sintomas constitucionais, nomeadamente, astenia, cansaço ou dispneia para as atividades normais, anorexia, vômitos, perda de peso, alterações do trânsito GI, perdas hemorrágicas do trato GI, hipersudorese ou arrepios, sem noção de febre, tosse ou toracalgia. Sem exantemas ou noção de picadas. Sem alterações de outros sistemas. Sem antecedentes patológicos de relevo e negava hábitos alcoólicos e tabagismo, assim como comportamentos sexuais de risco. Ao exame físico, observou-se uma nodularidade endurecida na parótida direita, sem sinais inflamatórios, e uma adenomegalia difícil de palpar na região cervical. Realizou tomografia computadorizada (TC) cervical e torácica, observando-se uma lesão hiperdensa na parótida direita e múltiplas adenopatias cervicais inespecíficas, sem outras alterações de relevo. A primeira citologia da biópsia aspirativa mostrou granulomas epitelioides, sugerindo tuberculose, sarcoidose ou toxoplasmose. Serologias para VIH, VHC, VHB, CMV, EBV, Sífilis, Toxoplasma, Brucella e Bartonella sem evidência de infeção ativa. Voltou a realizar biópsia aspirativa onde se observou lesão granulomatosa com PCR para BK positivo, confirmando-se o diagnóstico de tuberculose. A doente iniciou tratamento antibacilar, com boa resposta clínica e imagiológica, tendo alta da consulta.

Conclusão

A tuberculose parotídea deve ser considerada no diagnóstico diferencial de doenças das glândulas salivares, especialmente em casos de inflamação crónica. O diagnóstico precoce, confirmado por exames laboratoriais adequados, é essencial para um tratamento eficaz e para o melhor prognóstico do doente. Este caso destaca a importância de uma investigação abrangente na prática clínica.

Hipoxemia Dependente da Postura: Caso de Síndrome Platipneia-Ortodeoxia Pós-Tromboembolismo Pulmonar

Mariana Antão; Teresa Abegão; Claudia Fitas; Carlos Cabrita; Catarina Mendonça

CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE, EPE / HOSPITAL DE FARO

Tema: Doenças cardiovasculares

A síndrome platipneia-ortodeoxia é uma condição rara caracterizada por dessaturação arterial na posição sentada/ortostática com normalização em decúbito e está frequentemente associada à presença de foramen ovale patente (FOP). Apresentamos um caso ilustrativo da importância postural na avaliação de hipoxemia e a sua relação com doença tromboembólica aguda.

Mulher de 76 anos, autónoma, com dois tromboembolismos pulmonares (TEP) prévios, o último em janeiro/2025, de risco intermédio-alto, com necessidade de fibrinólise (por hipoxémia grave (alto fluxo)). Na consulta programada, detectou-se SpO₂ 80% em ar ambiente. Gasometria arterial confirmou insuficiência respiratória tipo 1 (pO₂ 44,5mmHg) com hipocápnia. No exame objetivo apresentava-se eupneica em decúbito com SpO₂ 96%, mas sentada a SpO₂ diminuía para 82%, sem sinais de dificuldade respiratória. A auscultação cardiopulmonar estava normal. Ecocardiograma transtorácico mostrou ausência de hipertensão pulmonar (HTP) e “septo interauricular aneurismático com movimento bidirecional”; com soro agitado confirmou-se FOP, estabelecendo o diagnóstico de síndrome platipneia-ortodeoxia. Durante o internamento, manteve-se hemodinamicamente estável em decúbito.

A síndrome platipneia-ortodeoxia demonstra a importância de avaliar saturações em diferentes posições, em pacientes com hipoxemia inexplicada, especialmente com história de TEP. Devido à fibrinólise eficaz, esta doente já não apresentava HTP no ecocardiograma realizado posteriormente, mas a HTP aguda aquando do TEP pode ter contribuído para o shunt através do FOP. O caso enfatiza a necessidade de investigação ecocardiográfica com contraste em doentes com dessaturação posicional, mesmo sem sintomas respiratórios evidentes, sendo o tratamento definitivo o encerramento do defeito septal.

Tuberculose Disseminada: relato de um caso clínico

Joana Sofia Rego; Tânia Silva; André Pereira; Emídio Mata; Rosa Margarida Cardoso; Flávia Santos; Helena Sarmento; Jorge Cotter

CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE, EPE / HOSPITAL DE GUIMARÃES

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A tuberculose (TB) permanece entre as principais causas de morte em todo o mundo. A forma disseminada, rara em doentes imunocompetentes, caracteriza-se por envolvimento pulmonar associado a um foco extrapulmonar

Caso Clínico

Homem de 23 anos, natural da Índia e sem antecedentes de relevo, recorreu ao Serviço de Urgência por astenia, anorexia e hipersudorese noturna com 2 meses de evolução. Apresentava-se febril, mas hemodinamicamente estável. Ao exame neurológico, objetivada desorientação no temporo-espacial. O estudo analítico não revelou alterações. Realizou tomografia computadorizada (TAC) torácica que evidenciou micronódulos centrilobulares bilaterais dispersos, sugestivos de TB miliar. Realizada punção lombar, com saída de líquido água de rocha e pressão de abertura >50cm H₂O. Analiticamente revelou 485 leucócitos/uL com predomínio de polimorfonucleares (85%), consumo de glicose (34mg/dL) e proteinorráquia de 203mg/dL. Foi identificado *Mycobacterium Tuberculosis* no LCR, tendo iniciado terapêutica antibacilar quádrupla com Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida, Etambutol, associada a Dexametasona. A avaliação oftalmológica mostrou tuberculomas coróides bilateralmente. As serologias para VIH 1/2 foram negativas. Durante o internamento evoluiu favoravelmente, com resolução da febre e melhoria do estado neurológico. À dará de alta foi encaminhado para o Centro de Diagnóstico Pneumológico da área de residência para continuação de terapêutica antibacilar.

Discussão & Conclusão

Este caso demonstra a raridade da TB miliar e meníngea em indivíduos imunocompetentes, realçando a necessidade de manter um elevado grau de suspeição clínica perante sinais sistémicos e/ou neurológicos sem etiologia definida. A confirmação radiológica e laboratorial, aliada a uma observação oftalmológica criteriosa, foi fundamental para o diagnóstico. O início precoce do tratamento antibacilar e a utilização de corticoterapia foram determinantes na evolução favorável.

Temos uma fungemia...e agora?

Catarina Nabico; Elisa Veigas; Nídia Oliveira; Tânia Batista; Jorge Correia; Edite Nascimento

CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VEISEU, EPE / HOSPITAL DE SÃO TEOTÓNIO, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

Fungemia é uma doença que consiste na presença de fungos no sangue. É mais frequente em imunodeprimidos/doentes oncológicos. Entre os principais fatores de risco estão a utilização de antibioterapia de largo espectro, a presença de cateter venoso central e a utilização de antibioterapia.

Caso Clínico

Mulher, 79 anos. Antecedentes de adenocarcinoma invasor do antro e portadora de pacemaker desde 2021. Internamento recente prolongado (79 dias) na cirurgia geral para gastrectomia subtotal radical; apresentou múltiplas complicações no pós-operatório das quais se salienta fungemia a *Candida albicans* com ponto de partida em cateter venoso central, com necessidade de antifúngico prolongado até controlo de infeção (2 semanas após hemoculturas negativas). Recorreu ao serviço de urgência por febre alta com duas semanas de evolução, sem outra sintomatologia de relevo. Colheu hemoculturas e urocultura e iniciou empiricamente fluconazol considerando o isolamento prévio. Admitida em internamento para esclarecimento diagnóstico e tratamento. As hemoculturas foram de novo positivas para *Candida albicans* sensível ao fluconazol, sem evidência de foco, pelo que se prosseguiu estudo complementar que permitiu concluir pelo diagnóstico de endocardite fúngica com ecocardiograma transesofágico a mostrar presença de massa complexa de grandes dimensões aderente a um eletrocater no seu trajeto na aurícula direita, sugestivo de vegetação. Foi ajustada terapêutica com antifúngico e solicitada orientação por Cardiologia face à emergência de intervenção cirúrgica.

Discussão

A endocardite fúngica ocorre geralmente em doentes imunodeprimidos, com uso de drogas endovenosas e múltiplas comorbilidades. A taxa de mortalidade é elevada pelo que o diagnóstico e tratamento precoces são fundamentais.

Um padrão atípico de metastização do cancro do cólon e reto

Ana Margarida Coutinho; Nuno Santos; Teresa Alfaiate; Adélia Simão; Lèlita Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

Em Portugal são diagnosticados, por ano, cerca de 10 mil novos casos de cancro do cólon e reto (CCR), sendo a segunda causa de morte por cancro. O principal local de metastização do CCR é o fígado, sendo as metástases ósseas relativamente infrequentes, com uma incidência de 3-7% nos doentes com CCR, que também apresentam envolvimento retal, ou metastização ganglionar e pulmonar.

Caso Clínico

Doente de sexo masculino, 72 anos, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por dor abdominal localizada nos quadrantes inferiores e dor na coluna dorsal, obstipação e perda ponderal (17% do peso), com 1 mês de evolução. Sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo. No SU realizou avaliação analítica que revelou desidrogenase láctica 418U/L (N<248) e fosfatase alcalina 1177U/L (N 30-120)). A Tomografia Computarizada (TC) abdominal revelou quadro de paniculite mesentérica. Foi internado para estudo. De exames complementares realizou: TC da coluna, com várias lesões osteolíticas nos corpos vertebrais; PET FGG-18, com captação aumentada no esqueleto axial e apendicular, no cólon ascendente e glândula tiroideia; colonoscopia, que mostrou lesão ulcero-vegetante friável, cujo resultado anatomo-patológico foi concordante com adenocarcinoma do cólon ascendente. O doente tinha um nódulo tiroideu, que foi biopsado, tratando-se de um carcinoma papilar. Realizou biópsia óssea, com histologia compatível com metastização para a coluna vertebral de carcinoma com características de adenocarcinoma do cólon.

Conclusão

Apesar de raro, o adenocarcinoma do cólon pode estar associado a metastização óssea, sendo a colonoscopia um exame importante a realizar sobretudo quando existem queixas abdominais. O doente efetuou radioterapia dirigida às lesões vertebrais. Em reunião de Decisão Terapêutica Multidisciplinar não foi considerado candidato a tratamento cirúrgico ou oncológico sistémico pelo que, posteriormente, ingressou numa unidade para Cuidados Paliativos para um melhor tratamento de suporte.

Takotsubo invertido num homem idoso - um caso raro

**Rui Salvador; Adriana Pereira Guedes; Ana Sofia Reis; Miguel Ângelo Sousa;
Catarina Antunes Salvado; Bárbara Soeiro**

ULS GAIA ESPINHO

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

A cardiomiopatia de stress é uma disfunção ventricular reversível precipitada por stress físico ou emocional, sendo mais prevalente em mulheres pós-menopausa. O padrão invertido é uma variante ainda mais rara caracterizada por hipocinesia dos segmentos basais e preservação dos segmentos apicais.

Caso Clínico

Homem, 89 anos, parcialmente autónomo, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, síndrome depressivo e doença de Parkinson.

Recorre ao serviço de urgência (SU) por astenia e febre. O estudo revelou antigénio de SARS-CoV-2 positivo, tendo sido internado ao cuidado da Infeciologia.

No internamento, desenvolveu insuficiência respiratória com necessidade de oxigenoterapia, tendo realizado ecocardiograma que revelou dilatação bi-auricular, insuficiência mitral e tricúspide ambas moderada-grave e depressão severa da função ventricular esquerda com hipocinesia dos segmentos basais do ventrículo esquerdo. Previamente à clínica o doente foi informado que familiares com quem residia estavam a tentar acionar mecanismos legais para tomar posse do seu domicílio, situação que gerou elevada carga emocional.

Foi transferido para Medicina Interna para otimização terapêutica com diurético, tendo repetido ecocardiograma após resolução de quadro infeccioso e estabilização emocional que demonstrou normalização da função cardíaca e das acinésias segmentares, consolidando o diagnóstico de cardiomiopatia de stress com padrão invertido.

Conclusão

Este caso raro de cardiomiopatia de stress com padrão invertido num homem idoso evidencia o impacto de fatores desencadeantes múltiplos, como infeção aguda e carga emocional significativa. Destaca-se ainda a relevância da avaliação ecocardiográfica seriada, essencial para a confirmação do diagnóstico e evitar interpretações prematuras de disfunção ventricular com implicações terapêuticas.

Tuberculose pulmonar: o difícil é confirmar

Ângela S. Almeida; Anabela Carvalho; Ussumane Embaló; Helena Sarmento; Jorge Cotter

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO AVE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Apesar da redução sustentada na sua incidência, a tuberculose (TB) mantém-se uma importante causa de morte a nível mundial, afetando mais homens que mulheres e atingindo predominantemente tecido pulmonar. O diagnóstico rápido é essencial, mas nem sempre fácil, e passa por identificação do *Mycobacterium tuberculosis* (MT) em exame cultural ou exame direto e teste de amplificação de ácidos nucleicos positivos.

Masculino, 58 anos, diabético, apresenta-se com tosse não produtiva e toracalgia pleurítica com 7 dias de evolução, acompanhada de anorexia e astenia para pequenos esforços com 3 dias de evolução. Em tomografia torácica objetivadas múltiplas adenopatias mediastínicas e extensas densificações focais confluentes dispersas, sobretudo no lobo superior direito, incluindo uma lesão cavitada extensa com estrutura nodular sólida no seu interior sugestiva de micetoma. Nesse contexto inicia voriconazol, sem melhoria clínica e com agravamento clinico-analítico, pelo que prossegue estudo etiológico com várias baciloscopias (colhidas após estimulação com soro fisiológico) sempre negativas e pesquisa de MT em suco gástrico também negativa. Realiza broncofibroscopia com lavado bronco-alveolar, também negativo. Atendendo à localização da lesão cavitada, procedeu-se a biópsia aspirativa transtorácica, que documentou processo inflamatório granulomatoso com foco necrótico caseoso, com identificação de MT, sem deteção de resistências. Como tal, iniciou terapêutica anti-bacilar de primeira-linha, que suspendeu transitoriamente por disfunção hepatocelular significativa, tendo retomado após normalização, segundo protocolado, com melhoria clínica progressiva.

O diagnóstico de TB pode ser um desafio, sendo por vezes necessário recurso a técnicas mais invasivas para deteção de MT, como foi o caso. Tal como todos os fármacos, os anti-bacilares de primeira-linha apresentam alguns efeitos adversos, sendo um dos mais sérios a hepatite por si induzida, motivando a suspensão de terapêutica. A melhor estratégia para a reintrodução ainda não é consensual, embora haja protocolos definidos para o efeito.

Quando a Asma tardia e a eosinofilia desvendam uma Vasculite

Joana Sofia Rego; Marta Batista; Ana Luís Ferreira; Inês Ferreira; Glória Alves; Jorge Cotter

CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE, EPE / HOSPITAL DE GUIMARÃES

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A Síndrome de Churg-Strauss, também designada por Granulomatose Eosinofílica com Poliangiite (EGPA), é uma vasculite sistémica rara que afeta pequenos e médios vasos. Caracteriza-se tipicamente por asma, rinosinusite crónica, eosinofilia marcada e positividade dos ANCA. O envolvimento pulmonar e a resposta à corticoterapia representam pistas diagnósticas relevantes.

Caso Clínico

Homem de 49 anos hipertenso, com Asma diagnosticada aos 40 anos e Sinusite com pólipos nasais, recorreu ao Serviço de Urgência por tosse com expectoração mucopurulenta, dispneia e mialgias com 2 semanas de evolução. Apresentava-se apirético e hemodinamicamente estável. O estudo analítico revelou leucocitose, neutrofilia, eosinofilia de 17200/uL e PCR de 88mg/L. Os vírus respiratórios e antígenos urinários foram negativos. A Tomografia computadorizada (TAC) de tórax evidenciou espessamentos peribronquiais inflamatórios. O estudo complementar revelou positividade dos ANCA Anti MPO e da IgE Total. O Sedimento urinário não evidenciou hematuria. A TAC dos seios perinasais confirmou polipose nasal e a biópsia dos cornetos nasais revelou rinosinusite crónica poliposa de tipo alérgico. Na broncofibroscopia identificou-se predomínio de eosinófilos (68%) e a pesquisa de *Aspergillus Fumigatus* foi negativa. Iniciou corticoterapia (0.5mg/Kg/dia) com melhoria clínica progressiva. Após 6 meses, a TAC Tórax revelou regressão imagiológica significativa, tendo iniciado posteriormente Azatioprina como terapêutica de manutenção.

Discussão & Conclusão

Este caso exemplifica o fenótipo típico de EGPA: asma de início tardio, sinusite crónica poliposa, eosinofilia exuberante e alterações radiológicas compatíveis com inflamação brônquica. A resposta favorável à corticoterapia e a necessidade de um regime de imunossupressão para manter a remissão salientam a importância de um diagnóstico precoce e de um seguimento minucioso, visando prevenir complicações e garantir uma melhor qualidade de vida ao doente.

Do Lúpus ao Caos: Um Caso Raro de Síndrome Hemofagocítica

Mariana Antão; Teresa Abegão; Claudia Fitas; Carlos Cabrita; Catarina Mendonça

CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE, EPE / HOSPITAL DE FARO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

O Síndrome Hemofagocítico (HLH) é uma condição rara de ativação imune descontrolada, podendo ser primária ou secundária a infeções, neoplasias ou doenças autoimunes. A sua associação com Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é rara e potencialmente fatal, exigindo diagnóstico e tratamento precoces.

Homem de 26 anos, natural do Bangladesh, residente em Portugal há dois anos, previamente saudável, apresentou febre persistente, calafrios noturnos e manchas hiperpigmentadas. Ao exame objetivo, destacava-se febre, adenomegalias, petéquias palpebrais, úlceras orofaríngeas sangrantes e edema facial. Os exames revelaram pancitopénia (Hb 10,8 g/dL, leucócitos $3,4 \times 10^9/L$, plaquetas $2 \times 10^9/L$), citólise hepática, hiponatrémia (125 mmol/L) e inflamação sistémica. Confirmou-se positividade de múltiplos autoanticorpos (ANA, anti-dsDNA, anti-Sm, anti-RNP, anti-Ku, anti-ribossoma P), hipertrigliceridémia (368 mg/dL), hipofibrinogenémia (30 g/L) e hiperferritinémia (7208 ng/mL). A ecocardiografia mostrou derrame pericárdico moderado e a oftalmologia identificou exsudato algodonoso no olho esquerdo. Diagnosticou-se HLH secundário a LES (HScore 220, 93-96% de probabilidade). Iniciou corticoterapia em alta dose, sem resposta satisfatória. Evoluiu com falência multiorgânica, predominantemente neurológica, sendo necessário iniciar terapêutica com rituximab, com recuperação progressiva. Após 50 dias, teve alta com melhoria significativa, orientado para a consulta de doenças autoimunes.

O caso reforça a importância do reconhecimento precoce do HLH no contexto do LES, dado o seu potencial rapidamente progressivo e elevada mortalidade se não tratado atempadamente. O sucesso terapêutico depende da rápida introdução de imunossuppressores adequados, como corticoterapia e agentes biológicos, permitindo controlar a resposta inflamatória desregulada e prevenir danos irreversíveis nos órgãos-alvo.

Pancreatite aguda como manifestação de Linfoma de Burkitt

Guilherme Sacramento; Beatriz Ferreira; Joana Tremoceiro; Leonor Gomes; Andrea Castanheira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LISBOA OCIDENTAL

Tema: Doenças hematológicas

Os linfomas apresentam-se frequentemente com manifestações extra-ganglionares. No entanto, é raro haver envolvimento pancreático que condicione um caso de pancreatite aguda.

Doente de 19 anos, com antecedentes pessoais de asma, recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro com uma semana de evolução de anorexia, eructações, náuseas e vômitos alimentares após as refeições, agudizado por dor abdominal na região epigástrica, no próprio dia. Ao exame objectivo destacava-se dor abdominal à palpação epigástrica, salientando-se, contudo, um nódulo de consistência dura compatível com uma adenopatia junto à região axilar esquerda.

Realizou avaliação analítica no SU de onde se destacava apenas uma Amilase 723 U/L e uma Lipase 1011 U/L motivo pelo qual foi pedida tomografia computadorizada (TC). Este exame mostrava leve edema da cabeça pancreática, com discreta densificação da gordura peripancreática correspondente, sugerindo pancreatite aguda, sem evidentes áreas de necrose no parênquima pancreático. Realizou ainda ecografia abdominal onde se evidenciava um nódulo sólido obstrutivo pancreático na porção cefálica com ligeira dilatação do canal pancreático principal colocando-se a hipótese de se tratar de lesão secundária pancreática a merecer caracterização histológica. Apresentava ainda esplenomegalia com baço com 125 mm de maior eixo.

Ficou internado para compensação clínica e estudo etiológico. Realizou TC toracoabdominopélvica onde se visualizava na região axilar esquerda uma massa de tecidos moles lobulada, com perda do plano de clivagem de gordura com os músculos escapulares a merecer caracterização por biópsia, várias adenopatias mesentéricas e pâncreas globoso e heterogéneo na região cefálica e heterogéneo podendo corresponder a processo linfoproliferativo, não se visualizando a imagem nodular descrita na ecografia.

Pelos achados, foi realizada biópsia de adenopatia axilar cuja Anatomia Patológica foi compatível com linfoma de Burkitt. Foi referenciado a consulta urgente de Hematologia por linfoma estadio IV Ann Arbor.

O caso ilustra uma manifestação extra-ganglionar pouco frequente de um linfoma. Estão descritos poucos casos de pancreatite aguda associada ao envolvimento pancreático de um linfoma.

Mieloma de Bence Jones: Um desafio diagnóstico num paciente com insuficiência renal

Joana Sofia Rego; Tânia Silva; André Pereira; Filipa Gonçalves; Jorge Cotter

CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE, EPE / HOSPITAL DE GUIMARÃES

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

O mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia maligna caracterizada pela proliferação clonal de células plasmáticas que produzem imunoglobulinas. Na sua forma típica, há uma produção excessiva de um tipo específico de imunoglobulina. Porém, existe uma variante conhecida como MM de cadeias leves (Mieloma de Bence Jones), na qual a produção se restringe às cadeias leves kappa ou lambda. O diagnóstico pode ser desafiante, pois pode mimetizar outras patologias mais prevalentes.

Caso Clínico

Homem de 64 anos, hipertenso, internado em dezembro/2023 por apendicite necrosada perfurada, submetido a apendicectomia laparoscópica, foi orientado para a consulta por agravamento da função renal com taxa de filtração glomerular de 22mL/min/1.73m² (basal de 0.83mg/dL, com um máximo de 3.01mg/dL). Apresentava astenia, artralguas e edemas dos membros inferiores. O estudo complementar revelou anemia normocítica normocrômica (Hb 10.5g/dL), proteinúria de 2.1g/24h, PTH normal, eletroforese sérica sem pico monoclonal, beta 2 microglobulina de 1.30mg/dL e rácio Kappa/lambda urinário elevado. As radiografias de ossos longos e crânio mostraram pequenas lesões líticas. O mielograma revelou 17% de plasmócitos e a imunofenotipagem da medula óssea 22%. Foi encaminhado para o IPO Porto, onde iniciou Bortezomib, Dexametasona e Talidomida com redução significativa das cadeias Kappa. Posteriormente realizou transplante autólogo de medula óssea, com evidência de remissão completa.

Discussão & Conclusão

Este caso reforça a importância de suspeitar de MM de cadeias leves, perante um rápido declínio da função renal e proteinúria significativa. A realização de uma investigação complementar, confirmada pelo mielograma e imunofenotipagem, foram decisivas na orientação do caso. O tratamento com bortezomib, dexametasona e talidomida, seguido de transplante autólogo, permitiu a remissão completa. A vigilância clínica, aliada a exames dirigidos, é fundamental para diagnóstico e tratamento precoces.

Diabetes e Neuropatia - um diagnóstico inesperado

Sofia Ramos; Maria Müller; Ana Catarina Reis; Adriana Watts Soares

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

A neuropatia periférica é a complicação microvascular mais prevalente da diabetes. Trata-se habitualmente de uma polineuropatia distal simétrica axonal, contudo outras neuropatias inflamatórias podem surgir e o diagnóstico diferencial torna-se imperativo já que a abordagem é distinta.

Caso Clínico

Uma mulher de 54 anos, com diagnóstico recente de pancreatite crónica e diabetes relacionada, é reinternada por cetoacidose diabética por insuficiência terapêutica. Além de quadro de perda ponderal que após investigação foi atribuído à diabetes, refere queixas de parestesias nos membros inferiores até ao joelho com agravamento progressivo ao longo de 4 meses. Ao exame objetivo, foi identificada força muscular mantida exceto na dorsiflexão dos pés de grau 4, reflexos osteotendinosos diminuídos nos membros inferiores, hipostesia na planta dos pés e hipopalestesia até aos joelhos, e marcha com base ligeiramente alargada. Dos exames realizados, destaca-se líquido cefalorraquidiano com dissociação albuminocitológica e eletromiograma (EMG) sugestivo de polineuropatia desmielinizante inflamatória crónica (em inglês, CIDP). Realizou terapêutica com imunoglobulina intravenosa (Iglv), com posterior reavaliação em ambulatório com resolução das alterações neurológicas e do EMG.

Discussão

Evidência recente mostra que a CIDP poderá ser uma neuropatia diabética imunomediada, ainda que fisiopatologicamente a relação entre as duas patologias seja pouco compreendida. Apesar de rara, ocorrendo em 8/100.000 indivíduos, a sua prevalência aumenta em até 9x nos diabéticos. A clínica distingue-a da neuropatia diabética mais comum pelo atingimento misto sensitivo e motor, com reflexos osteotendinosos reduzidos ou ausentes, bem como progressão mais rápida ao longo de semanas, e não necessariamente relacionada com diabetes de longa data. Exames como a punção lombar, o EMG e a ressonância magnética lombar apoiam o seu diagnóstico. Trata-se de uma patologia reversível com tratamento dirigido com corticoterapia ou Iglv, permitindo uma melhoria da qualidade de vida dos doentes afetados.

Síndrome de Sweet como sinal prodrômico de Sarcoidose

Ângela S. Almeida; Anabela Carvalho; Ussumane Embaló; Helena Sarmento; Jorge Cotter

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO AVE

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

O síndrome de Sweet é caracterizado por manifestações que incluem febre, neutrofilia, lesões cutâneas eritematosas e infiltrado difuso neutrofílico na camada superficial da derme, e pode ser idiopático ou estar associado a outras doenças, nomeadamente inflamatórias. Por outro lado, a sarcoidose é uma doença inflamatória granulomatosa multissistémica, com atingimento diverso, mais comumente pulmonar e linfático, mas também cutâneo e articular.

Masculino, 34 anos, sem antecedentes, sem contexto epidemiológico suspeito, apresenta-se com rash papular pruriginoso com 1 mês de evolução, com início no membro inferior esquerdo e progressão para tronco e membros superiores, acompanhado de febre vespertina com 1 semana de evolução. Durante internamento, desenvolvimento de artralhas/artrite e astenia e documentadas múltiplas adenomegalias mediastínicas bilaterais suspeitas, pelo que realizou punção medular que se revelou sem alterações, incluindo imunofenotipagem. Enquanto aguardava PET-FDG, doseada ECA – elevada – e feita biópsia de pele com evidência de síndrome de Sweet. Realizou PET-FDG que mostrou captação anómala envolvendo as adenomegalias e dois nódulos pulmonares, tendo feito broncofibroscopia com lavado broncoalveolar (LBA) para esclarecimento, que evidenciou alveolite linfocítica com ratio CD4+/CD8+ >3.5. Após exclusão de outros diagnósticos diferenciais, e atendendo ao diagnóstico de sarcoidose, iniciou corticoterapia, com melhoria clínica progressiva, atualmente em desmame do fármaco e sem queixas.

O diagnóstico de sarcoidose deve ser considerado na presença de manifestações clínicas e imagiológicas compatíveis, principalmente se identificados granulomas não-caseados, quando excluídas outras causas. Não sendo possível documentação histológica de granulomas, alguns exames complementares suportam o diagnóstico, nomeadamente a positividade do PET-FDG e o diferencial linfocítico no LBA. Manifestações cutâneas são comuns, embora neste caso as alterações não sejam sarcoides, mas sim por dermatose neutrofílica, representando associação com síndrome de Sweet, já reportado. Quando indicado, pelo impacto das queixas ou pelo agravamento clínico, o tratamento de primeira linha para sarcoidose é corticoterapia, assim como para síndrome de Sweet.

Doença de Weil: uma apresentação atípica de leptospirose

Sofia Ramos; Ana Catarina Reis; Rita Captivo; Adriana Watts Soares

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A leptospirose é uma zoonose caracterizada por febre de início abrupto, calafrios, mialgias intensas e artralgias. Sendo habitualmente semelhante a uma síndrome gripal autolimitada, em casos raros pode evoluir com formas graves que cursam com icterícia, disfunção renal e complicações hemorrágicas. Nestas circunstâncias é conhecida como doença de Weil, que ocorre em cerca de 5% dos casos, podendo culminar em disfunção multiorgânica e morte, sobretudo quando diagnosticada e tratada tardiamente.

Caso clínico

Homem de 47 anos, com história conhecida de etanolismo ativo, recorreu ao serviço de urgência por mialgias intensas com 5 dias de evolução acompanhadas, nos últimos 2 dias, de vômitos incoercíveis e icterícia. Ao exame objetivo estava desidratado, com icterícia verdínica da pele e mucosas, normotenso, apirético e oligúrico. Analiticamente, com trombocitopenia 19000/uL, elevação dos parâmetros inflamatórios, lesão renal aguda com creatinina 4 mg/dL e ureia 116mg/dL; e hiperbilirrubinemia 19mg/dL, mista com predomínio da direta, sem outros parâmetros de lesão hepática. Fez TC abdominopélvica que não mostrou alterações exceto ligeira hepatomegalia, sem outros achados sugestivos de doença hepática crónica. Foi considerado possível abuso de paracetamol, mas o doseamento de acetaminofeno foi normal. Apurou-se que trabalhava como técnico de elevadores, com contacto desprotegido com esgotos, tendo-se levantado a suspeita de leptospirose e iniciado antibioterapia com ceftriaxone. Apesar de fluidoterapia, manteve-se anúrico com instalação de acidose metabólica, e foi admitido numa unidade de cuidados intensivos para iniciar terapêutica de substituição renal. O diagnóstico foi confirmado por PCR *Leptospira* positiva na urina. Apesar do longo internamento, veio a evoluir favoravelmente e teve alta para o domicílio.

Discussão

Este caso ilustra a importância de considerar o diagnóstico de leptospirose na presença de icterícia marcada e lesão renal aguda grave, sobretudo em doentes com exposição ocupacional. A hiperbilirrubinemia desproporcional à citólise hepática é um achado sugestivo e deve motivar investigação dirigida. O reconhecimento atempado da doença de Weil é essencial na instituição precoce de antibioterapia, prevenindo desfechos desfavoráveis.

Uma causa pouco comum de atingimento neurológico por défice de ácido fólico

António Sousa; Inês Ferreira; Carolina Queijo; Nuno Silva; Fernando Salvador

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

A degenerescência combinada subaguda (DCS) caracteriza-se por um atingimento das colunas laterais e posteriores da medula espinhal, originando défices motores e sensitivos progressivos. Embora maioritariamente vinculada ao défice de vitamina B12, existem relatos na literatura de casos raros atribuíveis a défice de ácido fólico.

Caso Clínico

Recorre ao serviço de urgência um homem de 73 anos, previamente autónomo, por quadro com cerca de 3 meses de evolução de astenia e diminuição da força muscular nos membros inferiores, não se conseguindo mobilizar sozinho. Objetivada paraparésia grau 4/5, hiporreflexia e ataxia apendicular dos membros inferiores, associada com erros proprioceptivos. Analiticamente com diminuição marcada ácido fólico < 0.6 ng/mL (N: 2.2-17.5) e vitamina B12 normal, anemia macrocítica com hemoglobina 10.20 g/dL e VGM 104.7 fL. Iniciou reposição de ácido fólico com 5mg por dia. Do restante estudo destaca-se homocisteína aumentada, doseamentos de cobre, vitamina A, vitamina E e B1 normais. Serologias HIV, HTLV e sífilis não reativas. Auto-imunidade negativa (ANA, anti-SSA e anti-SSB). Eletromiografia a revelar polineuropatia periférica (PNP) sensitivo-motora axonal e na RM cervical com alterações degenerativas e hipersinal a nível dos cordões posteriores. À data de alta com normalização VGM e melhoria paulatina, com possibilidade de deambular com apoio.

Discussão

Apresento um caso de DCS associada com PNP. Embora a deficiência de vitamina B12 seja a principal causa, o caso descrito ilustra uma rara apresentação de DCS devido a um défice de ácido fólico, evidenciado pela baixa concentração plasmática desta vitamina e pela anemia macrocítica. O diagnóstico diferencial foi cuidadosamente considerado, uma vez que outras etiologias podem traduzir uma clínica semelhante. A reposição de ácido fólico foi iniciada, resultando em melhoria progressiva dos sintomas, o que reflete a reversibilidade parcial da condição quando tratada adequadamente e suporta a hipótese diagnóstica.

Acidente Vascular Cerebral Isquêmico como primeira manifestação clínica de Policitemia Vera

**Inês Carvalho Machado; João Pedro Pais; Marta Batoca Sousa; Nuno Pardal;
Bruno Daniel Carneiro; Beatriz de Matos Rosas; Diana Guerra**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

Os acidentes vasculares cerebrais (AVC) são a segunda causa de morte e incapacidade a nível mundial, sendo, na sua maioria, de etiologia aterosclerótica ou cardioembólica. No entanto, em indivíduos jovens ou sem outros fatores de risco, estas etiologias tornam-se menos prováveis. A Policitemia Vera (PV) é uma neoplasia mieloproliferativa rara que, ao condicionar eritrocitose, aumenta a viscosidade sanguínea e disfunção endotelial.

Caso Clínico

Um doente do sexo masculino, 73 anos, autónomo, sem antecedentes pessoais de relevo e sem medicação habitual, recorreu ao serviço de urgência por quadro súbito de desequilíbrio na marcha e diminuição da força no membro superior direito com cerca de 12 horas de evolução. O exame físico permitiu objetivar paresia do membro superior direito grau 3/5, paresia facial central direita e hipostesia ipsilateral, dismetria na prova dedo-nariz e instabilidade na marcha, com Teste de Romberg positivo. A Ressonância Magnética Cranioencefálica identifica uma lesão lacunar talâmica esquerda com restrição à difusão, compatível com enfarte cerebral em fase aguda. Holter 24h e Ecocardiograma Transtorácico sem alterações de relevo. Analiticamente, destaca-se hemoglobina (Hg) de 20.5 g/dL e hematócrito de 61.1%. Registos analíticos do ano anterior nos Cuidados de Saúde Primários revelam Hg de 19.2 g/dL. É colocada a hipótese de Policitemia Vera, que é confirmada por um doseamento de Eritropoietina < 1.00 mU/ml e pela mutação V617F no gene JAK2. Iniciou aspirina e realizou flebotomias terapêuticas até atingir valores de hematócrito < 45%. Posteriormente, iniciou Hidroxiureia 500mg 12/12h, sem recorrência de eventos isquémicos.

Discussão

A relação entre a PV e eventos isquémicos arteriais está bem documentada na literatura, ocorrendo tipicamente numa fase inicial do curso da doença, estimando-se que cerca de 15% ocorra nos 2 anos que antecedem o diagnóstico. O reconhecimento precoce e o tratamento adequado são cruciais para a diminuição da morbimortalidade destes doentes.

Da síndrome coronária à emergência cirúrgica

Maria João Vilela¹; Carolina Maia Nogueira¹; Joana Soares Mendonça²; Margarida Carvalho Vieira³; Filipa Rodrigues Soares³; Bárbara Barreto Laczkovits²; Tiago Valente²; Rute Brás Cruz²

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

³ INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

A Síndrome Coronária Aguda sem elevação do segmento ST (SCA-NSTE) compreende um espectro de condições e pode evoluir de forma heterogênea. Embora o prognóstico inicial seja frequentemente favorável, a monitorização pós-cateterismo é crucial. Este caso destaca a importância da vigilância intensiva, ilustrando uma complicação rara pós-procedimento que exige diagnóstico precoce e intervenção imediata.

Caso clínico

Mulher de 62 anos, com antecedentes de dislipidemia, tabagismo ativo (37 UMA) e perturbação depressiva, admitida por dor torácica tipo aperto, sem irradiação, associada a náuseas. Do estudo realizado apresentava eletrocardiograma (ECG) com inversão da onda T em aVL e troponina I inicial de 83 ng/L, com ascensão até 321 ng/L três horas depois, confirmando SCA-NSTE. Fez dose de carga de ácido acetilsalicílico e foi transportada para realização de cateterismo cardíaco.

O estudo revelou estenose crítica da artéria descendente anterior (segmentos proximal e médio), tendo sido realizada angioplastia com implantação de stent, seguida de dilatação com balão não-comprimido e um segundo stent distal ao primeiro. A revascularização foi bem-sucedida e apresentou evolução inicial favorável. 4 horas após o procedimento, apresentou hipotensão sustentada (70/40 mmHg), refratária a fluidos, com necessidade de suporte vasopressor. Repetido ECG sem alterações adicionais e ecocardiograma que identificou derrame pericárdico volumoso e imagem sugestiva de perfuração apical do ventrículo esquerdo. Foi transferida de forma emergente para a cirurgia cardiorádica onde realizou drenagem pericárdica e reparação da rotura da parede livre com retalho de pericárdio. O pós-operatório decorreu sem intercorrências, com alta ao sétimo dia.

Discussão

A perfuração ventricular pós-angioplastia é uma complicação rara, mas potencialmente fatal. O reconhecimento precoce foi possível através de monitorização clínica e ecocardiográfica rigorosas, permitindo uma resposta multidisciplinar atempada. A drenagem pericárdica e a cirurgia precoce foram determinantes para o desfecho favorável. Este caso reforça a importância da vigilância intensiva no período pós-procedimento.

Adenopatias e febre recorrente: o diagnóstico desafiante da Doença de Behçet

Susana Viana; Margarida Oliveira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A febre recorrente e adenopatias motivam sempre grande preocupação para um diagnóstico atempado e deve ser sempre excluída etiologia linfoproliferativa.

Mulher de 23 anos com antecedente de síndrome de intestino irritável (SII), foi avaliada em consulta por adenopatia cervical dolorosa e móvel, febre, odinofagia e astenia com um mês de evolução, com persistência mesmo após vários ciclos de antibioterapia. O estudo revelou anemia ligeira com défice de vitamina B12, leucocitose com neutrofilia, PCR e VS moderadamente elevadas e hiperglobulinemia M. Serologias e estudo imune negativos. Tomografia computadorizada com adenopatias cervicais com cerca de 3 cm inespecíficas, sem outras adenopatias ou massas. A biópsia de gânglio revelou linfadenite granulomatosa sem agentes identificados ou sinais de malignidade. Imunofenotipagem (IF) com população de linfócitos B maduros monoclonais CD5- e CD10-, sem possibilidade de classificação definitiva. Programada nova biópsia excisional 10 dias depois, não realizada por a doente apresentar melhora espontânea da febre e adenopatias. Recorrência do quadro um mês depois, nova biópsia com alterações de carácter reacional e IF sobreponível. A doente manteve episódios recorrentes de febre associados a reaparecimento de adenopatias, cavidade oral sem alterações visíveis. Estudo genético de febres periódicas recorrentes, negativo. Re-estudado quadro de diarreias intermitentes rotulado como SII com ileíte terminal erosiva macroscópica em colonoscopia, mas histologia sem alterações, ASCA e ANCA negativos. Pelo aparecimento de úlceras orais durante o seguimento, pedido HLA-B51 que foi positivo. Levantada a hipótese de Doença de Behçet (DB), agregando o quadro de febre, adenopatias, diarreia e úlceras orais, com HLA-B51 positivo, excluídos outros diagnósticos.

A apresentação da DB pode ser muito heterogénea, e a ausência dos seus sinais típicos à partida pode dificultar o seu diagnóstico precoce. Alterações gastrointestinais e a febre recorrente são sintomas mais raros mas bem descritos na DB, que não devem ser esquecidos

Metastização involgar: um caso raro de metastização muscular de um carcinoma da mama

Mafalda Leal; Luís Coelho; Carolina Paula; Ana Catarina Pina Pereira; Carlota Laland; Maria Rebelo; Jorge Frade; Maria Francisco; Felisbela Gomes; Sofia Salvo; Madalena Lisboa

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças oncológicas

O cancro da mama é a neoplasia mais diagnosticada a nível mundial em mulheres e a principal causa de morte, por cancro, nessa população. A metastização é frequente e os locais mais comuns são o osso, o pulmão e o fígado. A secundarização muscular é rara, estando presente em 0.2% dos casos.

Mulher de 68 anos com neoplasia da mama metastizada para fígado e suprarrenal, em seguimento na consulta de Oncologia e com doença descrita como estável. Internada para estudo de massa no ombro direito, de crescimento progressivo nos últimos 6 meses, associada a omalgia intensa.

À observação com tumefação no ombro e massa na região cervical posterior direita, dura e dolorosa. Sem alterações analíticas. Realizou ressonância magnética do membro superior direito que mostrou volumosa massa (10,9 x 8,1 x 8,4 cm de maiores diâmetros) envolvendo os músculos deltóide e tricípite braquial, com características a sugerir sarcoma síncrono. Foi submetida a biópsia compatível com metástase de carcinoma da mama, com imunohistoquímica negativa para receptores de estrogénio, progesterona e HER 2. Como intercorrência teve fratura patológica alinhada do úmero direito e foi submetida a cirurgia de fixação. Assistiu-se a progressiva degradação do estado geral, tendo sido referenciada à medicina paliativa e após controlo algico teve alta com apoio da equipa de paliativos da comunidade, falecendo após duas semanas.

Neste caso, assumiu-se que a doença oncológica estava estável, não se colocando inicialmente a hipótese de metastização músculo-esquelética, extremamente rara mas agressiva, o que contribuiu para o desfecho negativo deste caso, pelo que pretendemos alertar para a importância do estudo etiológico célere, que neste caso demorou cerca de 6 meses, pois este pode ser modificador de prognóstico.

Pseudohipoparathiroidismo em adulto jovem – um caso clínico

Denilson Silveira; José Pedro Fonseca; Hugo Ventura; Daniela Duarte; Jessica Oliveira; Ana Rita Sarmento; Alexandra Vaz; Hélia Mateus; Helena Alves; Edite Nascimento

CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VEISEU, EPE / HOSPITAL DE SÃO TEOTÓNIO, EPE

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

O pseudohipoparatiroidismo (PHP) é uma doença hereditária rara, caracterizada pela resistência à hormona paratiroideia (PTH), resultando em hipocalcemia e hiperfosfatémia. Pode ser dividido em 2 tipos; o tipo 1 pode estar associado a características de osteodistrofia hereditária de Albright, como baixa estatura e obesidade.

Caso Clínico

Mulher de 33 anos, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por contraturas musculares generalizadas após episódio de stress emocional. Antecedentes de pancreatite litiásica; colecistectomizada 1 ano antes. No SU com hipocalcémia grave com $iCa^{+}=0.6$ mmol/L, hiperfosfatémia 4.4 mg/dL, sem alterações da função renal ou do equilíbrio ácido-base. Sem dor abdominal ou aumento da amilase e lipase. Biótipo magro, sem dismorfia morfológica. Negava restrições alimentares, toma de medicação ou antecedentes familiares de patologia auto-imune e doenças do metabolismo fosfocálcico na família materna (sem contacto com família paterna). Internada para estudo e correção dos distúrbios iónicos. Doseamento de PTH com valor francamente elevado ($=744.5$ pg/mL); vitamina D3 (25 hidroxicalciferol) $=24.8$ ng/mL correspondente a ligeira insuficiência. Fosfatase alcalina normal. Sem hipercalcúria. Instituída reposição de cálcio parentérico e vitamina D oral. Realizou tomografia computadorizada excluindo a presença de metástases osteoblásticas. Teve alta sob cálcio e vitamina D. Apesar da suplementação manteve valores muito elevados de PTH (~ 800 pg/mL). Dada a presença de hipocalcemia e hiperfosfatémia em doente com aumento da PTH, foi considerada a possibilidade diagnóstica de PHP e referenciada a consulta de Endocrinologia onde foi corroborada a possibilidade e solicitado estudo genético.

Conclusão

Embora rara, a PHP deve ser equacionada em doentes jovens com hipocalcemia, hiperfosfatémia e aumento da PTH. O tratamento tem como objetivo corrigir os níveis de cálcio, regular a secreção de PTH e prevenir as complicações associadas à hipocalcemia crónica.

Síndrome de Rapunzel - ao encontro do diagnóstico

Catarina Pinto da Silva; Flávia Fundora Ramos; Dany Cruz; Beatriz Rosa; Flávia Freitas; Márcia Ribeiro; Carlos S. Oliveira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BARCELOS/ESPOSENDE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A síndrome de Rapunzel é uma entidade rara, caracterizada pela presença de um tricobezoar que se estende do estômago ao intestino delgado, o que pode resultar em complicações gastrointestinais graves. Apresentamos o caso de uma doente sem histórico psiquiátrico prévio, ilustrando a diversidade fenotípica da apresentação clínica.

Mulher de 77 anos, com antecedentes de obesidade classe I e hipertensão arterial, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por dor torácica exacerbada com a realização de esforços e alimentação, de início há 4 horas. Ao exame objetivo, hemodinamicamente estável, com dor na palpação da região epigástrica, sem outras alterações de relevo. Do estudo realizado, eletrocardiograma ritmo sinusal, frequência cardíaca de 89 bpm, sem bloqueios de ramo ou alterações sugestivas de isquemia na repolarização ventricular. Troponina de alta sensibilidade de 5 ng/L, D-dímeros < 500 ng/mL. Proteína C-reativa e leucograma sem alterações significativas. Sem alterações estruturais relevantes. Devido à persistência da dor torácica e epigástrica, associada a um episódio de vômito, foi realizada tomografia computadorizada abdominopélvica (TC AP), a qual evidenciou a presença de uma massa compatível com tricobezoar na região pilórica, determinando Síndrome de Rapunzel. Ao ser interrogada, a paciente relatou ter ingerido, no dia anterior, uma infusão contendo cabelos, acreditando tratar-se de uma prática que traria sorte ao seu filho. Negava histórico de tricotilomania ou tricotilofagia. A doente foi internada e submetida a endoscopia digestiva alta (EDA), com remoção bem-sucedida do tricobezoar. O pós-procedimento decorreu sem complicações, com reintrodução progressiva da dieta oral e orientação sobre os riscos de ingestão acidental de materiais não alimentares.

A síndrome de Rapunzel é uma causa rara de dor epigástrica e obstrução gastrointestinal, exigindo um alto índice de suspeição para o diagnóstico. Este caso reforça a importância de uma abordagem diagnóstica abrangente e destaca a necessidade de consideração de causas atípicas na apresentação de sintomas gastrointestinais e torácicos, especialmente em pacientes sem história psiquiátrica prévia.

Amiloidose Cardíaca – A propósito de um caso clínico

Filipa Miranda Domingues; Raquel Leitão; Cátia Loureiro Pereira; Elisabete Pinelo; Eugénia Madureira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

A miocardiopatia amilóide por transtirretina (ATTR-CM) é causa rara de cardiomiopatia restritiva progressiva, de prevalência subestimada.

Caso clínico

Feminino, 77 anos, autónoma, com antecedentes de síndrome metabólico, doença renal crónica estadio IIIa, doença vascular cerebral prévia sem sequelas. Admitida no SU por dispneia para pequenos esforços, ortopneia e dispneia paroxística noturna há 4 meses, agravada há 1 semana. Ao exame objetivo, crepitações pulmonares e sibilância dispersa e edemas dos membros inferiores. Dos exames realizados: neutrofilia relativa, PCR 2.9mg/dL, BNP 840pg/mL, PCR Influenza A positiva, ECG com BAV1º grau, gasimetria com hipoxemia (paO2 55 mmHg em aa), radiografia tórax com cardiomegalia e reforço intersticial bilateral. Internada por insuficiência cardíaca descompensada não estratificada em perfil B inaugural em contexto de infeção por influenza A com insuficiência respiratória tipo 1. Cumpriu oseltamivir e terapêutica de suporte, incluindo ajuste de diurético e introdução de iSGLT2 com benefício. Ecocardiograma transtorácico revelou função biventricular preservada, hipertrofia ventricular esquerda (HVE) severa não obstrutiva de 23 mm com predomínio septal, miocárdio com aspeto mosqueado, relatando-se componente de apical sparing, morfologia do fluxo pulmonar sugestiva de hipertensão pulmonar. ECG manteve BAV 1º grau com discordância entre voltagem do QRS e HVE documentada ecograficamente. Da investigação realizada, incluindo imunoeletroforese e cadeias leves livres séricas e urinárias, sem evidência de discrasia plasmocitária ou amiloidose AL. Cintigrafia com DPD revelou captação anormal/aumentada do radiofármaco no miocárdio (scoring visual 3), achados sugestivos de amiloidose cardíaca por deposição de ATTR.

Conclusão

Este caso ilustra a importância da suspeição com base na clínica e nos achados dos exames complementares não invasivos para alcançar um diagnóstico cujo tratamento disponível tem impacto no prognóstico e morbimortalidade da doente.

Síndrome de anti-sintetase – desafio e complexidade do tratamento

Carolina Anjo; Joana Cunha; Jéssica Oliveira; Filipa Viegas; Gabriel Atanásio

HOSPITAL DE VISEU

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A síndrome anti-sintetase (SAS) é uma doença autoimune rara, pertencente ao grupo das miopatias inflamatórias e caracterizada pela presença de anticorpos anti-tRNA sintetase. Manifesta-se com miosite, artrite e doença intersticial pulmonar (DIP), sendo, ainda, comum a presença de fenómeno de Raynaud e mãos de mecânico. A fisiopatologia não está totalmente esclarecida, o que torna o tratamento desafiante.

Homem, 74 anos, com história de pneumonia intersticial não específica desde há 1 ano, sem outros antecedentes relevantes.

Enviado à consulta por défice de força muscular (FM) proximal, simétrico, nos membros superiores e inferiores, associado a artralguas inflamatórias dos joelhos e tornozelos. Na primeira avaliação em consulta, referiu também perda ponderal de 10% em 4 meses e disfagia para líquidos e sólidos.

Ao exame objetivo, sem sinais de artrite, mas com sinais compatíveis com mãos de mecânico e tetraparésia proximal grau 4.

Analiticamente, apresentava aumento ligeiro de CK e de troponina I, tendo iniciado prednisolona (PDN) 1mg/Kg/dia por suspeita de SAS, confirmado após resultado de estudo autoimune (ANA 1/1280, com anticorpos anti-Ro52 e anti-Jo1 positivos). Realizada eletromiografia com evidência de miopatia de predomínio proximal, sem sinais de necrose; biópsia muscular compatível com miopatia inflamatória e RMN cardíaca com evidência de miocardite.

Nessa sequência, iniciada azatioprina (AZA) e realizado desmame de PDN, com resposta favorável. Por intercorrência infecciosa e agravamento da miopatia após suspensão de AZA, iniciou micofenolato de mofetil (MMF) e imunoglobulina humana, com melhoria ligeira da disfagia mas agravamento severo da miopatia. Assim, iniciado 1g de metilprednisolona associado a MMF e Rituximab (RTX).

Em internamento eletivo para 2ª toma de RTX, apresentou episódio de obstrução da via aérea por conteúdo alimentar, situação que evoluiu para choque séptico e posterior óbito.

Este caso demonstra a dificuldade na gestão de doentes com SAS, não só pela falta de terapêutica eficaz, como pelos efeitos secundários associados à imunossupressão, condicionando um mau prognóstico em muitos destes doentes.

Perante um doente com DIP, mesmo na ausência de défice de FM, deve ser equacionada a hipótese de SAS de modo a obter um diagnóstico precoce e uma abordagem imediata.

ENTRE A REMISSÃO E O LINFOMA: O IMPACTO DO METOTREXATO

Catarina Pinheiro S.¹; Gisela Moreira Pinheiro²; Rui Moço²

¹ ULS MATOSINHOS

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

O metotrexato (MTX) é um fármaco frequentemente usado na manutenção da remissão em doentes com Granulomatose Eosinofílica com Poliangéite (GEP). Contudo, o uso prolongado pode associar-se ao desenvolvimento de linfoma.

Relata-se um caso de Linfoma não Hodgkin (LNH) surgido após 8 anos de tratamento com MTX e que regrediu após a sua suspensão.

Caso Clínico

Homem de 71 anos, acompanhado em consulta de Medicina Interna desde 2012 por vitiligo, tiroidite de Hashimoto e Policitemia Vera com enfarte renal como forma de apresentação. Tratado com hidroxiureia e hipocoagulação.

Em 2015 desenvolveu GEP, com eosinofilia periférica, pólipos nasais, rinite alérgica e polineuropatia axonal sensitivo-motora grave. Iniciou corticoide e ciclofosfamida endovenosa, seguido de MTX com diminuição paulatina da dose.

Em 2021 iniciou quadro constitucional, esplenomegalia e febre. Excluiu-se infeção e neoplasia e fez estudo medular que mostrou evolução para mielofibrose. Iniciou ruxolinitib, com franca melhoria. Realizou tomografia por emissão de positrões (PET) que mostrou atividade inflamatória a envolver as artérias carótidas e aorta, pelo que se aumentou o MTX para 20 mg/semana.

Em novembro de 2023, reiniciou quadro constitucional marcado, com anorexia, astenia e perda de peso. Documentou-se a presença de múltiplos nódulos pulmonares, tiroideus, das glândulas suprarrenais e rins, além de lesões ósseas líticas, todos sugestivos de malignidade em PET. Biópsias (suprarrenal esquerda e nódulo pulmonar) mostraram LNH difuso de grandes células B com alto índice de proliferação celular. Sem condições para quimioterapia e com suspeita de relação causal com o MTX, suspendeu-se este fármaco em dezembro de 2023, com melhoria clínica e desaparecimento das lesões em PET e TC, sugerindo resolução de LNH associado ao uso de MTX.

Discussão

Este caso destaca a possibilidade de desenvolvimento de LNH associado ao uso prolongado de MTX, justificando o acompanhamento prolongado destes doentes.

SÍNDROME DE CUSHING ASSOCIADA A MACROADENOMA HIPOFISÁRIO - Desafio Diagnóstico

Catarina Pinto da Silva; Flávia Fundora Ramos; Dany Cruz; Beatriz Rosa; Daniel Rodrigues; Carla Lemos Costa; Carlos S. Oliveira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BARCELOS/ESPOSENDE

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

A Síndrome de Cushing é uma endocrinopatia rara resultante da exposição crónica a altos níveis de glicocorticóides. A etiologia pode ser endógena, associada a tumores secretores de ACTH, como os adenomas hipofisários, ou exógena devido ao uso prolongado de corticosteroides. Apresentamos um caso de Síndrome de Cushing secundária a macroadenoma hipofisário, com manifestação neuropsiquiátrica inicial.

Doente do sexo masculino, 52 anos, com antecedentes de hipertensão arterial (HTA), sem adesão ao tratamento, e internamento psiquiátrico em 2012 por perturbação dissociativa. O doente recorre ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de alterações comportamentais, incluindo delírios de grandeza, alucinações visuais e delírios persecutórios desde há 1 semana. Na admissão denotada TAS na ordem dos 200mmHg e TAD na ordem dos 100 mmHg com hipocaliemia (K^+ : 2.9 mmol/L). Neste contexto procedeu-se ao internamento do doente para estudo e orientação. Inicialmente do ponto de vista analítico apresentava hipocalemia, sem outras alterações no estudo sumário. Foi levantada a hipótese de hipercortisolismo e por isso doseado o cortisol sérico matinal 97.91 µg/dL, ACTH matinal: 275 pg/mL. Realizou ainda prova de frenagem com dexametasona que revelou cortisol 109.82 µg/dL, ACTH 337 pg/mL. Neste contexto realiza ressonância magnética (RM) da hipófise que demonstra lesão hipocaptante centrada à vertente lateral esquerda da sela turca, medindo aproximadamente 14x15x10 mm, compatível com macroadenoma hipofisário. Realiza ainda PET-Gálio que revelou lesão nodular com 24x20 mm com hiperexpressão de receptores de somatostatina, localizada posteriormente ao terço médio da tireoide. Foi submetido a cirurgia transesfenoidal para ressecção do adenoma hipofisário. O estudo histopatológico confirmou o adenoma corticotrófico com expressão de ACTH e índice proliferativo Ki-67 de 2%.

Este caso destaca a importância da suspeição clínica de hipercortisolismo em pacientes com manifestações neuropsiquiátricas e HTA refratária. A ressecção cirúrgica do macroadenoma hipofisário permitiu a remissão do hipercortisolismo e a reversão de suas complicações sistémicas.

Crise hipertensiva no serviço de urgência: um caso de hipertensão arterial renovascular

Maria Guilherme Muchata; Mariana Marques; Joana Urbano; Diana Guerra

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

A hipertensão arterial (HTA) secundária é atribuída a uma causa identificável e a suspeita diagnóstica deve ser considerada quando existe HTA resistente à terapêutica com 3 classes farmacológicas, incluindo diurético; agravamento agudo em doente com HTA controlada; doente jovem sem obesidade e sem história familiar de HTA; ou apresentação inicial com sintomas e/ou alterações analíticas. É essencial identificar a etiologia uma vez que a estratégia terapêutica eficaz é aquela que atua sobre o mecanismo fisiopatológico.

Caso clínico

Mulher de 70 anos, autónoma, ex-fumadora (40 UMA) e com história de HTA de difícil controlo desde jovem, apesar dos múltiplos ajustes terapêuticos. Perfil tensional mais elevado nos últimos 6 meses, TA sistólica superior a 160mmHg sob antagonista do receptor da angiotensina II (ARA II), antagonista dos canais de cálcio (ACC) e diurético, em doses otimizadas. Associadamente, claudicação da marcha em plano inclinado com anos de evolução. Dois episódios de urgência por urgência hipertensiva com queixas de tonturas e cefaleia, tendo tido alta com novo ajuste de fármacos e referência à consulta de Medicina Interna. Na consulta, mantinha perfil hipertensivo e identificou-se índice tornozelo-braço diminuído (0,5). Solicitada angiografia por TC da artéria aorta que mostrou ateromatose calcificada difusa, oclusão total da aorta infra-renal com artérias ilíacas de calibre filiforme, artéria renal esquerda filiforme, rim esquerdo atrofico e artéria renal direita com redução acentuada do lúmen. Ecografia com doppler das artérias renais confirmou os achados de HTA renovascular. Orientada para consulta urgente de Cirurgia Vascular. Colocado *stent* na artéria renal direita, com posterior normalização da TA sob ARA II, ACC, beta-bloqueante e diurético, sem novos episódios de crise hipertensiva.

Conclusão

A HTA renovascular é uma causa importante e potencialmente reversível de HTA secundária. O mecanismo subjacente é a diminuição da pressão de perfusão sanguínea renal por lesão obstrutiva das artérias renais, mais frequentemente por fenómenos de aterosclerose, levando a uma ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona. O tratamento é médico e endovascular, sendo este último reservado para quando existe real benefício clínico, uma vez que acarreta riscos.

Causa ou consequência? - Um caso de fibrilhação auricular de difícil controlo

Henrique Cerveira; Carlos Grijó; Ana Margarida Fonseca; Jorge Almeida; Luís Flores

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

A taquicardiomiopatia associada à fibrilhação auricular (FA) caracteriza-se pela remodelação cardíaca por exposição contínua a frequência cardíaca (FC) elevada, resultando em dilatação e diminuição da função sistólica do ventrículo esquerdo. Embora as linhas de orientação ainda sugiram o controlo de frequência em primeira linha, vários estudos recentes têm demonstrado que o controlo de ritmo, com ablação por catéter ou antiarrítmicos, poderá ser preferível em doentes selecionados.

Caso Clínico

Mulher, 89 anos, com obesidade, hipertensão arterial e insuficiência aórtica (IA) moderada conhecida há mais de 10 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia em agravamento, ao longo de vários meses, e edema dos membros inferiores, tendo sido documentada, pela primeira vez, FA, iniciando hipocoagulação e bloqueador beta. Realizou ecocardiograma transtorácico (ETT) que evidenciou dilatação grave da aurícula esquerda, IA moderada-grave, insuficiência mitral moderada e função biventricular conservada. Foi orientada para consulta, considerando-se inicialmente quadro de insuficiência cardíaca (IC) valvular. O Holter revelou FA com FC a atingir 140 bpm, tendo-se titulado nebivolol até 15 mg. Apesar disto e da introdução de IECA e iSGLT2, com ajuste constante de diurético, manteve agravamento sintomático e aumento progressivo de NT-proBNP até 11996 pg/mL. Repetiu ETT, após um ano, que mostrou agravamento da dilatação de câmaras, mantendo IA moderada e disfunção sistólica biventricular (FEVE 19%). Tentou-se controlo de ritmo com amiodarona (dose cumulativa de 9 g), sem sucesso, pelo que fez cardioversão elétrica, com reversão a ritmo sinusal. Desde aí, melhoria clínica significativa e mantém-se em ritmo sinusal sob amiodarona, com último NT-proBNP 530 pg/mL.

Discussão

Por vezes é difícil avaliar o contributo da FA para a sintomatologia dos doentes, por ser, com frequência, consequente a alterações estruturais cardíacas que também poderão ser causa de dispneia. A IA pode cursar com clínica de IC, no entanto, nesta doente, manteve-se estável por mais de uma década. A FA, apesar de poder ser assintomática, em alguns doentes é mal tolerada, podendo levar a disfunção ventricular. O objetivo de FC inferior a 110 bpm nem sempre garante a ausência de sintomas, podendo ser necessário o controlo de ritmo.

AVC hemorrágico multiterritorial no doente hipocoagulado – um desafio etiológico

Ana Patrícia Nunes¹; Patrício Freitas²; Rafael Freitas²; Tiago Freitas²; Lino Nóbrega²; Pedro Freitas²; Carolina Barros²; Mariana Martins²; Teresa Faria¹; Andreia Pestana¹; Alexandra Rodrigues¹

¹ CH FUNCHAL - MARMELEIROS

² CH FUNCHAL - UNIDADE DE DOENÇAS CEREbroVASCULARES

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

O acidente vascular cerebral (AVC) hemorrágico representa um subtipo de AVC associado a elevada morbimortalidade, cuja incidência poderá estar aumentada em doentes com fibrilhação auricular (FA) pelo uso de anticoagulantes na prevenção do AVC isquémico cardioembólico. Trazemos um caso de AVC hemorrágico cujo esclarecimento etiológico requereu elevado grau de suspeição clínica e múltiplos exames complementares de diagnóstico.

BG, 77 anos, história pessoal de FA e hipertensão arterial, sob anticoagulação oral (ACO). Trazido ao serviço de urgência por diminuição generalizada da força muscular com 2 horas de evolução e síndrome confusional agudo. Referia queixas de mal-estar generalizado com 2 dias de evolução, disúria, calafrios e febre

À admissão a destacar PA 155/74mmHg, desorientação temporoespacial, disartria moderada, desvio conjugado do olhar para a esquerda e hemiparesia direita. Realizou tomografia computadorizada cranioencefálica (CE) que revelou hematomas agudos córtico-subcorticais frontais bilaterais. Pedido exame sumário da urina, positivo para leucócitos e nitritos. Feita urocultura que foi positiva para *Escherichia coli*, tendo iniciado antibioterapia dirigida. Colheu também hemoculturas. Foi internado por AVC hemorrágico, para esclarecimento etiológico e monitorização neurológica.

Durante o internamento realizou Ressonância Magnética CE que identificou os focos hemorrágicos já conhecidos, mas também múltiplos focos microhemorrágicos dispersos a nível supratentorial. As hemoculturas mostraram crescimento de *Streptococcus gordonii*, sendo ajustada antibioterapia para ampicilina. Fez ecocardiograma transesofágico que mostrou massa multilobulada mitral sugestiva de vegetação. O diagnóstico final foi de AVC isquémico multiterritorial de etiologia cardioembólica por endocardite infecciosa, com transformação hemorrágica em doente sob ACO.

Ao 21º dia de internamento o doente mantém-se sob antibioterapia, mantendo os défices neurológicos descritos à admissão.

Com este caso pretendemos relembrar a importância de considerar a endocardite infecciosa no diagnóstico diferencial do AVC multiterritorial hemorrágico em doentes sob ACO, bem como salientar o risco de transformação hemorrágica do AVC isquémico neste grupo de doentes.

Défices neurológicos recidivantes em doente jovem

Luísa Sousa; Teresa Medeiros; Sofia Tavares; Diogo Fitas

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A esclerose múltipla (EM) apresenta desafios diagnósticos devido à sua variabilidade clínica e radiológica.

Homem de 49 anos, recorre ao Serviço de Urgência por quadro de instalação aguda de diminuição de força e parestesias do membro superior esquerdo de início no dia anterior. Referência a episódios prévios de hemiparesia e hemihipostesia esquerda e episódios de diplopia binocular, ambos com cerca de dois a três dias de duração e resolução espontânea. Referência, ainda, a agravamento dos sintomas com o calor. Ao exame neurológico com hemiparesia e hemihipostesia à esquerda e reflexo cutâneo-plantar extensor homolateral. Tomografia computadorizada cerebral com angiotomografia a demonstrar focos hipodensos no centro semioval, à direita, indiciando possíveis lesões isquémicas em território de fronteira. Inicialmente assumida possibilidade de Acidente vascular cerebral tendo ficado internado para estudo que incluiu análises com auto-imunidade, estratificação de risco vascular, ecocardiograma transtorácico, estudo do líquido e ressonância magnética (RM). Deste estudo destaca-se RM cerebral com lesões hiperintensas dispersas na substância branca periventricular e subcortical do compartimento supratentorial e RM medular com múltiplas lesões nodulares hiperintensas ponderadas em T2, sugestivas de doença desmielinizante. O estudo do líquido revelou bandas oligoclonais positivas. Diagnosticada EM com fenótipo surto-remissão e iniciado tratamento com natalizumab.

Este caso destaca a importância de realizar um estudo exaustivo e considerar EM em doentes jovens com sintomas neurológicos sugestivos, principalmente se existir história de episódios prévios recidivantes.

Pioderma gangrenoso, um raro mas importante diagnóstico diferencial

Ana Rita de Sousa Melo; Beatriz Câmara Lourenço; Maria Rui Gomes; Inês Rueff Rato; Bárbara Soeiro

CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO

Tema: Outro

Introdução

O Pioderma gangrenoso surge como uma lesão inflamatória e ulcerativa da pele. É um diagnóstico raro e de exclusão, que requer um elevado nível de suspeição. Aparece frequentemente associado a patologias sistémicas, como neoplasias, doença inflamatória intestinal ou doenças imunomediadas.

Caso clínico

Mulher de 64 anos, antecedentes de hipertensão, dislipidemia e doença cerebrovascular. Seguida em consulta de Dermatologia por úlcera cutânea na face ântero-lateral da perna esquerda, após picada de inseto, com 3 meses de evolução, em agravamento apesar de múltiplos ciclos de antibioterapia e cuidados de penso. Internada para antibioterapia endovenosa após isolamento de *Enterobacter cloacae* e *Staphylococcus aureus* em exsudado. À admissão: apirética; úlcera de 13 cm com bordos eritematosos, áreas de granulação, necrose e exsudado purulento; pulsos palpáveis. Analiticamente: leucocitose, velocidade de sedimentação 74mm/Hr e proteína C reativa 8mg/dL. Serologias para VIH e hepatites B e C negativas. Estudo imunológico negativo. Doppler arterial sem alterações. Foi medicada com Piperacilina/Tazobactam e Vancomicina, mantendo evolução desfavorável apesar de antibioterapia dirigida e cuidados de penso. Biópsia da lesão com padrão de inflamação crónica com atividade neutrofílica. Admitido o diagnóstico de Pioderma gangrenoso, suspendeu antibioterapia e iniciou Prednisolona 1mg/Kg/dia com resposta rápida e favorável. Mantém seguimento em consulta de Dermatologia e Medicina Interna, medicada com Ciclosporina.

Conclusão

O Pioderma gangrenoso é uma patologia a considerar no diagnóstico diferencial de úlceras cutâneas. O seu diagnóstico assenta nos achados físicos e histológicos, após exclusão de outras patologias inflamatórias ou ulcerativas da pele. O tratamento implica o uso de terapêutica imunomoduladora e deve ser avaliada a presença de doença sistémica subjacente, reforçando o papel da Medicina Interna no acompanhamento destes doentes.

Disfonia, uma apresentação incomum de aneurisma da aorta?

Sandra Isabel Pereira Baptista; Ana Leonor Marques Gomes; Inês Cruz; Bruno Freitas; Raquel Borrego; João Rio

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, EPE / HOSPITAL EGAS MONIZ

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

A incidência do aneurisma da aorta torácica (AAT) é 5-10 por 100 000 pessoas. Destes, 60% ocorrem na raiz da aorta ou aorta ascendente, 30% na aorta descendente e < 10% no arco aórtico. Patologias hereditárias, hipertensão, tabagismo, dislipidemia e sífilis são os principais fatores de risco. A maioria dos diagnósticos é incidental, contudo, um AAT de elevadas dimensões pode cursar com sintomas resultantes da compressão de estruturas adjacentes (traqueia, brônquio principal, esófago e nervo laríngeo recorrente).

Caso Clínico

Homem de 60 anos, ex-fumador, com hipertensão e dislipidemia, recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia e tosse com uma semana. Referiu ainda disfonia com duas semanas de evolução. Ao exame objetivo destacava-se: TA 214/128 mmHg, FC 100 bpm, polipneia em ar ambiente com SpO2 96% e estridor. A auscultação pulmonar era inocente. Analiticamente sem alterações sugestivas de infecção respiratória. Radiografia torácica com alargamento do mediastino e desvio da traqueia para a direita. Efetuada terapêutica com broncodilatação, corticoterapia, nebulização com adrenalina e dinitrato de isossorbida, com discreta melhoria do estridor. Procedeu-se a TC cervical/torácica: "Aneurisma da aorta ascendente com 8 cm, com um pseudo-aneurisma ao nível da crossa da aorta com aproximadamente 5 cm. Sem sinais compatíveis com hemorragia". O doente permaneceu estável, a aguardar transferência para Cirurgia Torácica, quando desenvolveu subitamente hematemese maciça, seguida de paragem cardiorrespiratória culminando em morte.

Discussão

A paralisia do nervo recorrente secundária a expansão de AAT é rara (5%), apresentando-se sob a forma de disfonia. Embora infrequente é um importante indicador de gravidade, representando eminência de rotura. É relevante um elevado índice de suspeição, em doentes com fatores de risco, que se apresentem com estes sintomas, a fim se ser possível realizar diagnóstico e intervenção emergentes. Os autores trazem o caso pela relevância do mesmo.

Feocromocitoma em doente com bócio multinodular: a importância do diagnóstico correto

Pedro Sá Almeida; Ana Maria Carvalho; Rita Magalhães; João Enes; Carolina Queijo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

O feocromocitoma é um tumor produtor de catecolaminas, sendo uma causa incomum de hipertensão, correspondendo a cerca de 0.5% dos hipertensos. As manifestações clínicas, promovidas pela hipersecreção das catecolaminas, são tipicamente hipertensão, cefaleias, sudorese e taquicardia. Apresentamos um caso típico de feocromocitoma. Homem, 66 anos, com antecedentes de hipertensão de longa data, dislipidemia, insuficiência cardíaca, tabagismo ativo, bócio multinodular, doença pulmonar obstrutiva crónica, apneia obstrutiva do sono e edema de Reinke recorreu ao serviço de urgência por alteração cognitiva aguda, com amnésia transitória, cefaleia hemicraniana direita e pressão arterial de difícil controlo recentemente. Associadamente, referia episódios de palpitações, suores com afrontamentos periódicos que cursavam com pressões arteriais elevadas, com várias semanas de evolução. Neste contexto, tinha sido assumido em ambulatório uma possível tireotoxicose no contexto do bócio multinodular, pelo que iniciou betabloqueante (BB), mas que piorou a tríade sintomática. Na investigação realizou tomografia computadorizada (TC) craneoencefálica que excluiu causas centrais e eletrocardiograma sem alterações. Realizou TC abdominal que evidenciou adenoma na suprarrenal. Tinham-se doseado as catecolaminas ainda no serviço de urgência que posteriormente se revelaram aumentadas. No internamento, suspendeu o BB, com redução das crises. Após o diagnóstico de feocromocitoma, iniciou bloqueio alfa adrenérgico e foi orientado para cirurgia. Este caso revela a importância do reconhecimento do feocromocitoma como diagnóstico diferencial de hipertensão paroxística e palpitações, mesmo em doente com antecedente de hipertensão de longa data, assim como a iatrogenia do betabloqueante no mesmo.

Neuropatia óptica tóxica: será que conseguimos ver a causa?

Stanislav Tsisar; Ary de Sousa; Rita Captivo; André Martins; Inês Correia; Francisca Martins; Leonor Soares; Manuel Monteiro; Mário Rodrigues

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A ingestão de alguns álcoois, como o etilenoglicol e metanol, proporcionam uma importante taxa de intoxicações fatais no mundo. Um reconhecimento rápido e um tratamento dirigido, apesar da indisponibilidade de pesquisas dirigidas de tóxicos na maioria dos centros, são imprescindíveis para prevenir sequelas irreversíveis.

Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, de 44 anos, que recorreu ao serviço de urgência por perda súbita de visão (amaurose total) e cefaleia após ingestão recreativa de um produto de massagem à base de álcool. Gasimetricamente apresentava acidemia metabólica com gap aniónico aumentado (pH 7,17; HCO₃⁻ 9,8 mmol/L; com gap aniónico de 23). Não apresentava alterações na tomografia computadorizada do crânio, nem alterações analíticas. Foi admitida hipótese de intoxicação com metanol ou etilenoglicol atendendo ao quadro sugestivo. Dado indisponibilidade de doseamento de tóxicos e do antídoto, foi admitido em UCI/UCIM onde necessitou inicialmente de técnica dialítica. Após transferência para a enfermaria, assistiu-se a uma normalização do balanço ácido-base. Apresentou ausência de potenciais evocados visuais bilateralmente e a ressonância magnética mostrou afetação preferencial dos putamina e ausência de restrição à difusão da água, reforçando hipótese de intoxicação por metanol. Apesar disso, assistiu-se a melhoria parcial da visão, com possibilidade de distinguir vultos a curta distância. O doente acabou por ser transferido para o hospital da área de residência, com orientação para a consulta de neuroftalmologia.

Apesar da intoxicação com metanol e etilenoglicol ser cada vez mais rara em Portugal, é imprescindível um reconhecimento precoce dos sintomas e apresentações típicas deste quadro, devido ao seu potencial de reversão com tratamento rápido. A indisponibilidade de meios laboratoriais acessíveis para a identificação dos agentes de toxicidade, tornam o reconhecimento do quadro clínico na principal arma de um clínico.

A Lombalgia como manifestação inicial de embolização séptica: A relevância da avaliação sistêmica

Patricia Santos; Inês Domingues; Beatriz Santos; Miguel Rodrigues; Vanda Spencer

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A espondilodiscite é um diagnóstico pouco frequente, com aumento da prevalência nos últimos anos. Carece portanto de uma alta suspeição clínica e tratamento precoce, com vista a evitar sequelas neurológicas irreversíveis. O tratamento engloba antibioterapia prolongada.

Caso clínico

Os autores apresentam o caso de um homem de 81 anos, com história médica de hipertensão arterial, dislipidemia e insuficiência cardíaca. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de lombalgia e polaquiúria com 5 dias de evolução. Objetivamente com dor à palpação paravertebral e sem murphy renal ou défices neurológicos. Analiticamente destaca-se leucocitose $15.1 \times 10^9/L$ com neutrofilia 82.4%, Proteína C Reativa 28.18mg/dL e creatinina de 1.8mg/dL. Internado com o diagnóstico de pielonefrite tendo sido isolado em urocultura e hemoculturas *Staphylococcus aureus* sensível à metilicina e *Streptococcus gallolyticus* (SG). Realizou tomografia computadorizada que revelou pielonefrite oligofocal bilateral e ressonância magnética da coluna lombar com evidência de espondilodiscite com abscesso discal, epidural e intracanal de L4-S2. Iniciou antibioterapia com cefuroxima que posteriormente foi dirigida para flucloxacilina e ceftriaxone em doente meningea, sendo que cumpriu no total 77 dias de antibioterapia dirigida. Excluída necessidade cirurgia com a neurocirurgia por boa resposta antibiótica e endocardite através de ecocardiograma transtorácico. Realizou colonoscopia pela associação do SG com neoplasia do cólon. Foi removido pólipó sésil que revelou adenoma displasia de baixo grau.

Conclusão

Este caso ilustra a importância de uma avaliação sistêmica dos doentes, com embolização séptica de dois agentes infecciosos. Relembramos a importância da valorização da clínica inicial (lombalgia), para que o tratamento não seja protelado desnecessariamente. Recordamos adicionalmente a importância de excluir neoplasia do cólon aquando do isolamento de SA.

Até onde a incerteza nos pode levar: a odisseia diagnóstica do Linfoma T Angioimunoblástico

Juliana Andrade; Pedro Pires Mesquita; Daniela Filipa Dos Santos; Rita Gonçalves Pinto; Diogo F. Junqueira; Filipa Cunha; Marta Braga Martins; Céu Rodrigues; Vânia Gomes; Marina Alves

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças hematológicas

O Linfoma T Angioimunoblástico (LTAI) é uma neoplasia rara e agressiva, associada a sintomas inespecíficos e a uma evolução clínica complexa.

Homem, 67 anos, autónomo, acompanhado em consulta desde 02/2019 por adenopatias cervicais, torácicas e abdominais, eritema cutâneo pruriginoso e artralgias recorrentes, com suspeita de síndrome auto-inflamatório (velocidade de sedimentação aumentada, hipergamaglobulinemia, consumo de complemento, anemia de doença crónica e imunoglobulinemiaE). Realizou várias biópsias de gânglios que mostravam captação em tomografia de emissão de positrões, duas das quais excisionais, sem neoplasia, infeção ou granulomas, apenas histiocitose e linfadenite reativa; biópsias de pele e medula com plasmocitose. Em 10/2023, foi internado no serviço de Neurologia por encefalopatia aguda, tratado com prednisolona, com excelente resposta. Assumiu-se um quadro mais provável de síndrome auto-inflamatório e iniciou metotrexato em 01/2024. Em 06/2024, recorreu ao serviço de urgência por febre e tosse produtiva há 3 dias, além de anorexia e perda ponderal (~11%) há 4 meses. À admissão, hipoxémico, com exantema descamativo nos pés, pernas e região interglútea, além de parâmetros inflamatórios aumentados e evidência de consolidação pulmonar apical direita, com necrose, em Tomografia de tórax. Ficou internado por pneumonia necrotizante, iniciando ceftriaxone e azitromicina empiricamente. Após broncofibroscopia, isolou-se *Nocardia nova* e alterou-se a antibioterapia para ceftriaxone e cotrimoxazol. Após exclusão de nocardiose disseminada e resultado do antibiograma, ajustou-se a antibioterapia para cotrimoxazol com indicação para 12 meses de tratamento. Dermatologia interpretou lesões cutâneas como *tinea corporis* e biópsia cutânea excluiu processo linfoproliferativo. A imunofenotipagem de sangue periférico sugeriu micose fungóide e a biópsia excisional de adenopatias inguinal esquerda e cervical direita revelou LTAI estadio III B. Orientado para seguimento em consulta de Hemato-oncologia.

Este caso ilustra a dificuldade no diagnóstico do LTAI, pela sobreposição de manifestações inflamatórias, neoplásicas e infeções oportunistas por imunodepressão, sublinhando a importância da abordagem multidisciplinar, dos exames de imagem seriados e a repetição de biópsias.

Tuberculose - um diagnóstico de persistência

Rui Pedro Cerqueira Ribeiro; Ana Faceira; Joana Alves Pereira; Pedro Ribeirinho Soares; Fernando Friões

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A tuberculose constitui um desafio diagnóstico, não só pela inespecificidade dos sintomas, bem como a baixa sensibilidade dos meios complementares de diagnóstico disponíveis.

Caso clínico

Masculino, 62 anos. Adenocarcinoma gástrico (3 gânglios sem evidência de doença) proposto para tratamento com FOLFOX (fez um total de 3 ciclos) e cirurgia; sem contexto epidemiológico. SU por diarreia (sem sangue ou muco) e prostração, 2 dias após último ciclo de QT; no SU hipotenso, taquicárdico e desidratado; PCR 290 mg/L, sem outras alterações; TC-TAP com adenomegalias mediastínicas e agrupamento de ansas de jejuno com edema parietal difuso. Iniciou antibioterapia empírica com piperacilina/tazobactam (suspeita de translocação bacteriana) e ficou internado na Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina. Evolução com normalização do perfil hemodinâmico e descida dos marcadores inflamatórios, mas com manutenção de dejeções líquidas (>2L/dia) - sem isolamentos microbiológicos (HC, bacteriológico / virológico / parasitológico fezes, pesquisa *C. difficile*, *Campylobacter* e de PCR de agentes de infeção GI) - provável mucosite associada a QT. Realizou EDB que mostrou presença de infiltrado linfoplasmocitário, sem inclusões víricas, displasia ou malignidade. Na ausência de resolução deste quadro, foram revisitados MCDTs prévios: TC com adenomegalias mediastínicas e densificação subpleural; nas biópsias ganglionares, histologia com processo granulomatoso e necrotizante com células tipo *Langhans* (pesquisa de microrganismos B.A.A.R e DNA de *Mycobacterium* negativos). Dada suspeição clínica elevada foi realizada broncofibroscopia, com isolamento de DNA de *Mycobacterium tuberculosis complex* no lavado brônquico (excluído presença deste microrganismo na urina, fezes e biópsia do cólon). Assim, diagnóstico de tuberculose pulmonar e provável ganglionar. Iniciou terapêutica com HRZE. Faleceu cerca de 1 mês depois por progressão da doença oncológica.

Discussão

O presente caso demonstra a importância da revisão dos MCD centrada no doente e não na patologia, bem como a dificuldade diagnóstica de tuberculose. Levanta ainda várias questões, nomeadamente no que diz respeito ao prognóstico da doença oncológica em doentes com infeções ativas que exigem tratamentos prolongados e que necessitam de QT.

Colite infecciosa a *Strongyloides stercoralis* - uma entidade rara

Filipa Miranda Domingues; Sandra Raquel Sousa; Elisabete Pinelo; Cátia Loureiro Pereira; Eugénia Madureira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A imunossupressão é uma estratégia fundamental no tratamento das doenças autoimunes, contudo está associada a um aumento do risco de infeções oportunistas.

Caso clínico

Feminino, 82 anos, autónoma, com hipertensão arterial, dislipidemia, insuficiência cardíaca, rinossinusite alérgica, com períodos de eosinofilia periférica documentada. Diagnóstico há 3 meses de arterite temporal com envolvimento oftalmológico (amaurose fugaz) tratada com corticoterapia (CCT) sistémica e tocilizumab (TCZ). Quadro de astenia, perda ponderal, dispepsia e diarreia com 1 mês de evolução, já em desmame de CCT. Exame objetivo sem alterações de relevo. Analiticamente, com neutrofilia relativa, sem eosinofilia, citocolestase ligeira, sem elevação dos restantes parâmetros inflamatórios. TC revelou infiltrado difuso da parede do hemicílon direito e discreta hipercaptação da mucosa sugestivo de colite. Suspenso TCZ. Colonoscopia confirmou inflamação da mucosa (retite, colite e ileíte), biópsia não realizada por motivos logísticos. Do estudo das fezes: vírus, *Clostridium difficile* e exame bacteriológico (incluindo *Salmonella*, *Shigella* e *Campylobacter*) negativos; detetado *Strongyloides stercoralis* em fase de ovo e lava rabadiforme. Sem evidência de infeção localizada a outro órgão. Iniciou tratamento com ivermectina. Realizada nova colonoscopia a revelar melhoria da inflamação com biópsia intestinal com discreta congestão vascular e ligeiro infiltrado inflamatório de predomínio linfoplasmocitário e ocasionais eosinófilos. Sem evidência de neoplasia e de infeção sistémica a citomegalovírus ou micobactérias. Completou tratamento com ivermectina com resolução do quadro, com progressão de desmame de CCT até suspensão, switch de TCZ para metotrexato e manutenção de vigilância.

Conclusão

O diagnóstico precoce de estrongiloidíase e tratamento atempado são imperativos para prevenção da infeção sistémica e redução da mortalidade. A vigilância e suspeição clínica são fundamentais.

Glioblastoma temporal: um problema de linguagem

Luís Filipe Couto; Pedro Miranda; Ana Teresa Gonçalves; Emília Lopes; Jorge Cotter

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO AVE

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

O glioblastoma é a neoplasia maligna cerebral primária mais frequente e a que está associada a pior prognóstico, com uma evolução rapidamente progressiva. Cursa com uma variedade de sinais e sintomas neurológicos, determinados pela sua localização, tamanho e taxa de crescimento.

Caso clínico

Homem de 69 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, *diabetes mellitus* tipo 2 e dislipidemia, recorreu ao serviço de urgência (SU) por alterações da linguagem com cerca de 6 horas de evolução: apresentava ligeira disfasia de expressão.

Tomografia Computadorizada (TC) cranioencefálica (CE) inicial sem alterações agudas; estudo angiográfico não mostrou alterações com significado hemodinâmico. Iniciou aí antiagregação e estatina de alta potência.

Durante a permanência em SU apresentou 2 episódios de crise convulsiva tónico-clónica generalizada; iniciou anticonvulsivo. Electroencefalograma sem paroxismos epileptiformes nem lentificações focais.

Em internamento registou agravamento com afasia de expressão e febre, acompanhados de tosse pouco produtiva. Repetiu TC CE, sem alterações de novo; e foi realizada punção lombar – sem alterações identificadas. Identificada pneumonia de aspiração tendo iniciado antibioterapia. Resolvida afasia espontaneamente (sem terapêutica dirigida).

Realizada Ressonância Magnética (RMN) CE e identificada pequena área captante temporal anterior esquerda, questionando-se a possibilidade de processo infiltrativo, para controlo evolutivo.

Repetiu nova RMN 3 semanas depois, com episódios de disfasia transitória neste período; revelado hipersinal temporoinssular à esquerda com várias lesões quístico-necróticas focais no polo temporal, compatíveis com lesão da série glial, em progressão.

Foi orientado para consulta de Neurocirurgia, tendo realizado biópsia e iniciado corticoterapia; em histologia confirmado glioblastoma, IDH-wildtype, grau 4. Realizou radioterapia localizada; foi considerado não existir benefício em cirurgia.

Discussão

A propagação precoce das células malignas do glioblastoma torna-o incurável por cirurgia, que está reservada a casos em que seja possível uma ressecção significativa do tumor. A variabilidade de apresentação clínica – muitas vezes pauci-sintomática, como neste caso – são obstáculos a uma abordagem mais atempada.

Alterações do comportamento - nem sempre é a demência!

Maria Inês Rocha; Bruno Santos Ferreira; Ana Isabel Ferreira; Paula Dias; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

Em doentes com neoplasias e sintomas neurológicos *de novo*, a síndrome paraneoplásica (SP) deve ser ponderada. A encefalite paraneoplásica (EP) deve ser suspeitada: início subagudo (<3 meses) de alteração do estado mental, de memória ou sintomas psiquiátricos; presença de um ou mais dos seguintes: défices neurológicos focais, crises epiléticas, pleocitose no líquido cefalorraquidiano (LCR) ou achados na RM sugestivos de encefalite; exclusão de diagnósticos alternativos. A carcinomatose leptomeníngea (CL), mais comum no cancro da mama, é caracterizada por células malignas no LCR ou por critérios clínicos e imagiológicos.

Caso Clínico

Mulher de 76 anos, com hipertensão, défice cognitivo e carcinoma da mama, submetida a mastectomia radical, radioterapia e anastrozol (suspensão pela doente no início de 2024). Tem 3 vindas ao hospital por agitação e heteroagressividade desde novembro de 2024, com início de antipsicótico por suspeita de demência. Admitida em fevereiro por hematoma subdural agudo visível em TC craneoencefálica (CE) após queda, e lesões líticas na calote. Durante o internamento, manteve-se prostrada, com flutuação do estado de consciência e febre *de novo*, de difícil controlo, sem clínica focalizadora de infeção. Optou-se por estudar causas reversíveis de demência e de febre: anemia microcítica/hipocrômica, sem leucocitose, hiperferritinemia 5000ng/mL, proteína C reativa <30mg/L, sem défices vitamínicos, função tiroideia normal; serologias víricas, serodiagnóstico de sífilis, hemoculturas, urocultura e antígenos de vírus respiratórios negativos. LCR com pleocitose, consumo de glicose e negativa para células malignas, bacteriologia e virologia. TC de corpo: lesões blásticas; RM CE: captação meníngea pelo contraste, não se excluindo carcinomatose; Anticorpos anti-neuronais negativos. Início de corticoterapia 1mg/kg/dia com parca melhoria da prostração, sem cedência da febre. A doente acabou por falecer.

Discussão

Apesar de a exclusão de outras etiologias ser essencial no diagnóstico de SP, a coexistência de EP e CL está descrita na literatura, representando um desafio diagnóstico.

Carcinoma Seroso de localização primária desconhecida: diagnóstico casual de uma doença agressiva

Maria Inês Risto; Rafaela Ribeiro; Carolina Basílio Lemos; Gonçalo Fonseca; Nuno Moreira; Alfredo Martins; Leal da Silva; Helena Baldaia

HOSPITAL DA LUZ ARRÁBIDA

Tema: Doenças oncológicas

O carcinoma seroso é uma neoplasia com origem nas células epiteliais serosas, estando mais frequentemente associado aos órgãos reprodutores femininos. Se de alto grau, tem uma rápida progressão. Os sintomas são geralmente inespecíficos, conduzindo a um diagnóstico tardio.

Mulher, 65 anos, encaminhada à consulta por identificação de adenomegalias em TC de tórax. Exame físico sem alterações. TC-TAP mostrava adenomegalias pericárdicofrénicas, retroperitoneais e ilíacas. Analiticamente, CA125 687 U/ml. Após exérese ganglionar por laparoscopia, o exame histológico revelou um gânglio linfático infiltrado por neoplasia sólida com atipia citológica acentuada. No estudo imuno-histoquímico, a expressão e presença dos recetores de estrogénio (RE) positivos, era compatível com origem ginecológica (carcinoma seroso de alto grau?). Assumiu-se metástases ganglionares de tumor primário desconhecido, provável origem ovárica, apesar de estudo complementar com RMN-pélvica e PET não evidenciar presença de tumor. Realizou 6 ciclos de tratamento com carboplatina e paclitaxel, até abril 2024. *Follow up* em consulta multidisciplinar desde então, assintomática, CA125 25U/mL e sem evidência de doença na avaliação por TC-TAP.

O diagnóstico ocasional, em contexto de consulta, de tumor primário não identificado metastizado, representa um desafio diagnóstico e terapêutico, dado o prognóstico reservado. Estando reunidas condições para uma abordagem diagnóstica rápida, é possível diagnosticar e tratar com sucesso doenças malignas raras, agressivas, rapidamente progressivas e que colocam dificuldades na decisão do tratamento.

Foramen Ovale Patente (FOP) - Causa rara de AVC

Marta Brito Alves

CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO, EPE

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

O FOP é a anomalia cardíaca congénita mais comum afectando 25% da população geral e sendo responsável por 95% dos shunts direito-esquerdo. No contexto de AVC isquémico, determinar se o FOP é um achado incidental ou patológico é crucial para guiar a terapêutica.

Caso clínico

Apresentamos o caso de uma mulher de 49 anos com antecedentes de vitiligo, asma, obesidade classe II, insuficiência venosa crónica e tabagismo ativo (11 UMA). Medicada habitualmente com contraceptivo injectável. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por instalação súbita de hemiparesia direita e desequilíbrio da marcha. Ao exame neurológico apresentava disartria moderada, paresia facial central direita, hemiparesia direita, reflexo cutâneo plantar extensor à direita, dismetria à direita, pontuando 5 na escala de NIHSS. O restante exame físico não apresentava alterações. Realizou angio-TC cerebral que evidenciou estenose suboclusiva/trombo endoluminal no ramo M2 antero-superior da artéria cerebral média esquerda. Realizou trombólise e posteriormente tromboectomia. O estudo analítico, incluindo protrombotico, não tinha alterações de relevo e a doente manteve-se em ritmo sinusal durante o internamento na unidade de AVC. Realizou ressonância cerebral que não apresentava alterações face ao exame prévio. Para estudo etiológico foi pedido ecocardiograma transtorácico que evidenciou movimento anómalo do septo interventricular e disfunção sistólica ligeira do ventrículo esquerdo. O ecodoppler transcraniano/cervical com contraste foi marcadamente e precocemente positivo para shunt direito-esquerdo, sem que fossem evidentes lesões estenóticas ateroscleróticas. Realizou-se ecocardiograma transesofágico que demonstrou septo interauricular aneurismático e fenestrado, com foramen oval patente de elevado risco embólico. O doppler dos membros inferiores não evidenciou trombos na circulação venosa profunda.

Discussão

Após negatificação de outras causas de AVC, na presença de um FOP de alto risco (ROPE score 7), admitiu-se com alta probabilidade ser esta a causa do AVC. Assim, e apesar da evidência científica ser algo limitada neste contexto, foi iniciada hipocoagulação oral e a doente referenciada para consulta de Grupo de Neuro-Cardiologia com proposta de encerramento do FOP.

Síndrome hipereosinofílica com Síndrome de Loeffler consequente a ingestão de agrião

Líliia Savka; Ana Maria Baltazar; Joelma Mendes; Inês Carvalho Santos; Marta Barbosa; Nuno Reis Carreira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

Os síndromes Hipereosinofílicas (SHE) caracterizam-se por eosinofilia crónica, primária por proliferação clonal ou secundária a uma causa subjacente. Pode causar lesão tecidual, principalmente cutânea, pulmonar e trato gastrointestinal.

Caso clínico

Mulher, 49 anos. Antecedentes de asma, rinite alérgica. Admitida por tosse, pieira e dorsalgia com 2 semanas de evolução. Medicada previamente para traqueobronquite com antibioterapia empírica, sem melhoria. Por manutenção das queixas e cansaço fácil associado realizou ecocardiograma que documentou derrame pericárdico. Iniciou-se investigação de Síndrome hipereosinofílica com lesão de órgão alvo, nomeadamente miopericardite, e terapêutica com corticoterapia, hidroxicloroquina e colquicina após a realização de mielograma e biópsia óssea. Estudo autoimune e genético negativo. Realizou ecocardiograma para controlo da evolução de miopericardite que levanta hipótese diagnóstica de S. Loeffler com atingimento cardíaco relatando possível vegetação no folheto anterior da válvula mitral.

Realizou tomografia computadorizada a destacar no parênquima hepático imagens sugestivas de parasitose. Do estudo a destacar sorologias infecciosas negativas, destacando a positividade para pesquisa de fasciolíase pelo que a doente iniciou antiparasitário, com melhoria clínica e imagiológica do derrame pericárdico pelo que teve alta com seguimento em consulta.

Discussão

A síndrome hipereosinofílica pode causar lesões em vários órgãos, incluindo miopericardite, uma inflamação cardíaca grave, neste caso com vegetação valvular compatível com síndrome de Loeffler, resultando em complicações cardiovasculares descritas. O diagnóstico precoce e o tratamento adequados são cruciais para prevenir complicações e melhorar o prognóstico do doente.

Lesões ocupantes de espaço - caso clínico

Beatriz Passos; Andreia Mandim

CENTRO HOSPITALAR PÓVOA DE VARZIM/ VILA DO CONDE

Tema: Doenças oncológicas

Caso Clínico

As lesões ocupantes de espaço podem ter diversas etiologias, desde neoplásicas (primárias do sistema nervoso central (SNC) ou secundárias), infecciosas, inflamatórias, vasculares ou até congénitas. Para o seu diagnóstico diferencial é necessária a realização de estudo complementar com exames de imagem, estudo analítico, em alguns casos, biópsia. Neste caso, descrevo um caso de um paciente com glioblastoma, tumor primário do SNC, pode ser caracterizado por clínica desde cefaleias, défices neurológicos focais ou alteração do estado de consciência, com evolução rápida e prognóstico reservado.

Doente do sexo masculino, 54 anos, autónomo e cognitivamente íntegro. Sem antecedentes ou contexto epidemiológico de relevo. Submetido a drenagem de abscesso dentário. Uma semana após, recorre ao Serviço de Urgência por cefaleia e disfasia. Em tomografia computadorizada (TC) descritas “três lesões captantes em anel situadas na profundidade da região têmporo-parietal esquerda... extenso edema vasogénico”.. Dado contexto infeccioso recente, assumido diagnóstico de abscessos cerebrais com ponto de partida em abscesso dentário e iniciada antibioterapia empírica com ceftriaxone e metronidazol. Apesar da antibioterapia, demonstrou agravamento clínico das alterações da linguagem. Realizou ressonância magnética a acrescentar “realce intenso em anel completo após gadolínio à periferia e com componente quístico/necrótico central” sugerindo neoplasia. Discutido com Neurocirurgia que realizou biópsia, com anatomia patológica compatível com neoplasia glial de alto grau, de fenótipo astrocitário, grau 4,. Do estudo genético, com alterações moleculares tipicamente encontradas em gliomas de alto grau. Medicado com corticóide e orientado para consulta de Oncologia para continuação de cuidados, nomeadamente radioterapia.

Conclusão

Este caso clínico ilustra a complexidade diagnóstica de LOE cerebrais, nomeadamente quando existe contexto de patologia infecciosa. Assim, é reforçada a importância de uma abordagem multidisciplinar, com destaque no papel essencial da biópsia no diagnóstico.

Hiperviscosidade e Raynaud: Macroglobulinémia de Waldenström com Leucemia linfoplasmocítica

André Santos; João Horta Antunes; Sara Frazão de Brito; Maria Inês Miranda; Hugo Jorge Alves; João Espírito Santo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

Tema: Doenças hematológicas

A Macroglobulinémia de Waldenström (MW) é uma neoplasia linfoplasmocítica indolente de células B, caracterizada pela produção excessiva de IgM monoclonal. A sua apresentação clínica é heterogénea e associada a fenómenos de hiperviscosidade e manifestações imunomediadas por IgM e crioglobulinas. A coexistência de MW com outras entidades linfoproliferativas, como o linfoma folicular, é rara.

Homem de 73 anos, autónomo e ativo. Antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e episódio neurológico dissociativo (amnésia global transitória) seguido na Neurologia neste contexto e para estudo de ataxia e disestesias dolorosas dos membros inferiores.

Referenciado por anemia macrocítica e trombocitopenia de novo, perda ponderal, adenopatias e fenómenos compatíveis com síndrome de Raynaud.

Os exames laboratoriais: anemia macrocítica (Hb-10,5g/dL), trombocitopenia e elevação da IgM (11,9 g/L) associada a crioglobulinas e aglutinação eritrocitária por aglutininas frias. Eletroforese de proteínas: pico monoclonal na fração beta-2, confirmado na imunofixação como IgM kappa.

Realizou TC cervical e toraco-abdomino-pelvica com incontáveis adenomegalias ganglionares cervicais, torácicas e mediastínicas.

O estudo medular revelou infiltração linfoplasmocitária com fenótipo B CD20+, plasmócitos CD38+, fibrose e presença de 18,9% de células B clonais IgM kappa, compatível com MW. Estudo complementado com biópsia excisional com neoplasia linfoproliferativa de pequenas células B, compatível com linfoma folicular grau I/II e diferenciação plasmocitária ou linfoma linfoplasmocítico IPSSWM 3. Mutações MYD88 e CXCR4 ausentes, que isoladamente não excluem MW.

O doente fez plasmaférese devido à síndrome de hiperviscosidade e iniciou tratamento com Bendamustina e posteriormente Rituximab com melhoria clínica e descida de IgM.

A associação entre MW e outras síndromes linfoproliferativas assume uma dificuldade diagnóstica. O caso salienta a carga tumoral elevada e prognóstico reservado, e a coexistência de fenótipos de linfoma folicular com diferenciação plasmocitária que impõe a necessidade de uma abordagem integrada e alargada, sendo a integração de todos os achados importantes, designadamente a elevação de IgM kappa, fibrose medular e síndrome de hiperviscosidade muito sugestivos de MW.

Aplasia medular por *Anaplasma phagocytophilum* - um diagnóstico raro e potencialmente fatal

Rui Pedro Cerqueira Ribeiro; Ana Faceira; Joana Alves Pereira; Luís Flores; Filipa Ceia; Fernando Friões

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A anaplasmosose é uma zoonose causada pelo *Anaplasma phagocytophilum* que pode manifestar-se com sintomas inespecíficos como febre, fadiga e citopenias.

Caso clínico

Masculino, 51 anos. Sem antecedentes médicos. SU por astenia com 1 mês de evolução, febre, disúria e hematemeses com 2 dias de evolução. Hemoglobina 14.5g/dL, leucócitos 3450/uL (granulações tóxicas, corpos de *Dohle* e neutrófilos em banda), trombocitopenia 16 000/uL, PCR 255mg/L e leucocitúria ligeira - alta com diagnóstico de ITU. Recorreu 2 dias depois com equimoses e petéquias. Hemodinamicamente estável e, analiticamente, com agravamento da trombocitopenia (<10 000/uL) e hiperbilirrubinemia ligeira. TC-TAP com suspeita de neoformação no lúmen gástrico, confirmada depois por EDA. Iniciou ceftriaxone e foi internado. Atendendo aos achados analíticos, clínicos e contexto epidemiológico (empregado de armazém, em meio rural e com poucas condições higieno-sanitárias) foi associada empiricamente doxiciclina por suspeita de *rickettsiose*. Positividade precoce para *Anaplasma phagocytophilum* (PCR no sangue). Apesar do tratamento com doxiciclina (que acabou a completar 21 dias), manteve pancitopenia grave com necessidade diária de suporte transfusional. Evolução em choque hemorrágico por HDA, razão pela qual foi submetido a gastrectomia subtotal com anastomose gastrojejunal *Billroth II* emergente. Foi, ainda, realizada biópsia medular com aplasia grave e biópsia hepática com fenómenos de hemofagocitose. Para além de G-CSF inicialmente (sem resposta), fez anakinra e imunoglobulina sem melhoria apreciável das contagens celulares. Apresentou múltiplas intercorrências infecciosas, em doente com neutropenia grave, que se acreditou contribuir para ausência de melhoria da resposta medular. Pela gravidade clínica e ausência de condições para tratamento sistémico decidido iniciar, posteriormente, corticoterapia sistémica (equivalente a prednisolona 1mg/kg/dia) – também sem resposta clínica. Após 3 meses de internamento manteve ausência de resposta clínica tendo falecido.

Conclusão

Embora na maioria dos casos a anaplasmosose apresente um curso autolimitado ou responsivo à terapia antimicrobiana adequada, complicações graves podem ocorrer, nomeadamente aplasia medular - um achado raro, mas potencialmente fatal.

Quando a Raridade se Torna Realidade: O Desafio Clínico da Criptococose

Vitor Santos Oliveira; Inês Fernandes; Filipa Reis; Inês Rento; João Lança; Giovana Ennis; Nuno Monteiro; Edite Nascimento

CENTRO HOSPITALAR TONDELA-UISEU, EPE / HOSPITAL DE SÃO TEOTÓNIO, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A criptococose, causada pelo *Cryptococcus neoformans* ou *gattii*, afeta mais frequentemente indivíduos imunocomprometidos. Os sintomas da meningoencefalite criptocócica (MC) incluem cefaleias, letargia, alterações de personalidade e amnésia, o que torna, muitas vezes, o diagnóstico desafiante e difícil.

Caso clínico

Mulher de 55 anos, sem antecedentes pessoais conhecidos, foi admitida no serviço de urgência por alterações do comportamento, diminuição da força muscular global, perda de audição (reportada pela mãe com quem vivia) e disfagia com uma semana de evolução. Ao exame objetivo encontrava-se hemodinamicamente estável mas com discurso confuso, hipoacusia e agitada. Na observação detetaram-se múltiplos fibromas e manchas café com leite no tronco e membros superiores. Do estudo analítico apenas apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios e leucocitose ligeira. A tomografia computadorizada (TC) do crânio não apresentava alterações agudas relevantes. Foi realizada punção lombar (PL) com saída de líquido turvo, com noção de aumento da pressão. O líquido revelou pleocitose mononuclear, consumo de glucose e fungos semelhantes a leveduras no exame direto. O teste de amplificação de ácido nucleico positivou para *Cryptococcus neoformans*. Foi iniciado tratamento para MC com anfotericina B lipossómica (4 mg/Kg/dia) e flucitosina (25 mg/Kg 4id). Após tentativa de colocação de SNG a doente sofreu paragem respiratória pelo que foi admitida na Unidade de Cuidados Intensivos. Foi submetida a PL de 3 em 3 dias para alívio e controlo da pressão intracraniana. Do restante estudo complementar revelou serologias de VIH e Hepatite A, B e C negativas e achados normais na ressonância magnética.

A MC representa um desafio, especialmente na imunodeficiência não diagnosticada. Este caso reforça a necessidade de vigilância no diagnóstico de MC, mesmo em hospedeiros imunocompetentes, onde o reconhecimento tardio pode levar a atrasos no início da terapêutica e sequelas irreversíveis.

Crioglobulinemia, anemia hemolítica e malária – caso raro em grávida

**André Santos¹; Maria Inês Miranda²; Hugo Jorge Alves²; Sara Frazão de Brito²;
João Horta Antunes²; Teresa Costa e Silva¹; João Espírito Santo¹**

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

² HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A malária por *P. falciparum* pode levar a anemia hemolítica por destruição eritrocitária direta e ativação imunitária, mas a associação a crioglobulinas é extremamente rara. Concomitantemente também a anemia hemolítica com crioglobulinas na gravidez é algo raramente abordado na literatura. A abordagem terapêutica exige um equilíbrio entre o controlo da parasitemia, gestão das manifestações hematológicas e minimização do risco de complicações pela crioglobulinemia, cuja raridade dificulta a terapêutica.

Mulher de 27 anos, angolana, em Portugal há 3 meses. História de gravidez prévia com morte neonatal às 3 semanas; e malária em agosto de 2024 tratada.

É internada em novembro de 2024 no serviço de Obstetrícia por gestação de 31 semanas, tendo recorrido ao serviço de urgência por síndrome febril, cefaleia, mialgias e dor pélvica. Apresentava anemia grave (Hb 6,2g/dL; Htc 21,2%) com hemólise (anisocitose ligeira, hipocromia, LDH aumentado), hiperbilirrubinemia conjugada (BT 2,21mg/dL, BC 1,46mg/dL) e leucocitúria sugerindo hemoglobinúria associada. O esfregaço de sangue periférico confirmou infeção por *Plasmodium falciparum* (parasitemia 26.640/ μ L, 0,90%) e foram identificadas imunoglobulinas anti-CD3 e crioglobulinas, reforçando o diagnóstico de anemia hemolítica imunomediada.

Foi instituída terapêutica com artemeter-lumefantrina, verificando-se rápida negatificação da parasitemia. À admissão iniciou protocolo de maturação fetal com dexametasona 24mg/dia (equivalente a 80mg de prednisolona/dia) com resposta hematológica favorável, traduzida por subida progressiva da hemoglobina e redução da LDH e bilirrubina. Teve alta sob prednisolona e esquema de redução progressiva, atingindo valores de Hb 11,5g/dL.

Este caso ilustra a complexidade da gestão da malária na gravidez e a inclusão desta suspeição clínica perante um quadro de anemia hemolítica sempre que existir contexto endémico associado. Neste acaso em particular a anemia hemolítica imunomediada por crioglobulinas, em contexto de uma resposta inflamatória sistémica, foi gerida com corticoterapia, permitindo uma recuperação hematológica eficaz sem comprometer a resposta ao tratamento antiparasitário. O acompanhamento obstétrico e hematológico rigoroso foi determinante para o desfecho materno-fetal favorável.

Fraqueza Muscular Recorrente: Um Enigma Metabólico

Rosario Calado; Cleide José Maria; Cristiana Lopes; Catarina Araújo; José Maia; Paula Ferreira; Rui Domingues; Gonçalo Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

A acidose tubular renal distal (tipo 1) - ATR- é uma entidade rara, resultante do defeito na excreção de iões de hidrogénio no túbulo distal, causando acidose metabólica hiperclorémica e hipocaliemia. Manifesta-se com episódios de fraqueza muscular, frequentemente confundida com paralisia periódica familiar.

Os autores apresentam o caso de um jovem de 28 anos com antecedentes de litíase renal, que recorreu ao serviço de urgência por quadro de astenia e diminuição de força nos membros inferiores em agravamento com 2 dias de evolução. Relatava episódios prévios, autolimitados, de câibras gemelares, acompanhadas de perda transitória de força e melhoria com analgesia. Negou consumo de drogas ou suplementos, referindo apenas ingestão excessiva de bebidas energéticas, negando relação com refeições ricas em hidratos de carbono. Ao exame objetivo, apresentava tetraparesia, reflexos osteotendinosos preservados nos membros inferiores e não despertáveis nos superiores, sem outras alterações neurológicas. Analiticamente, constatada acidose metabólica hiperclorémica com hipocaliemia, anion gap urinário positivo, pH urinário $>5,5$, excreção urinária aumentada de potássio e hipercaliúria, sugerindo o diagnóstico de ATR tipo 1.

Do estudo etiológico destacou-se ausência de marcadores de autoimunidade, valores normais de cortisol, aldosterona e PTH, assim como serologias virais negativas. Considerou-se a hipótese de distúrbio congénito, sendo solicitado estudo genético, atualmente a aguardar resultado. Durante o internamento, com melhoria dos défices, permitindo a transição para suplementação oral. O doente teve alta medicado com citrato de potássio, reavaliação analítica em hospital de dia e seguimento em Medicina Interna, Nefrologia e Neurologia.

Este caso realça a importância da ATR no diagnóstico diferencial da parésia hipocaliémica, destacando o papel da suspeita clínica e da investigação laboratorial na formulação de um diagnóstico precoce e na prevenção de complicações.

Coproporfiria Hereditária: Abordagem Diagnóstica e Desafios associados – estudo de caso

Beatriz Baptista Ribau; Francisco Ferrer Antunes; Patrícia Mendes; Sónia Moreira; Lèlita Santos

CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA / HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A coproporfiria hereditária é uma porfíria hepática aguda, caracterizada por um défice na enzima coproporfirinogénio-III oxidase da via de biossíntese do heme com consequente acumulação de metabolitos tóxicos intermediários. As crises podem ser desencadeadas por vários fatores, incluindo fatores endócrinos, fármacos, consumo de álcool em excesso, infeções ou jejum prolongado. O diagnóstico é baseado na clínica, estudo bioquímico específico (porfobilinogénio (PBG), ácido delta-aminolevulínico (ALA) e coproporfirina na urina) e estudo molecular do gene CPOX. O tratamento tem por base a evicção dos fatores indutores de crise, redução da acumulação de intermediários porfirinogénicos tóxicos e tratamento de sintomas.

Caso clínico

Mulher de 55 anos, seguida em consulta de medicina interna por quadro de dor abdominal difusa, intensidade moderada a forte, recorrente, associada a astenia, dor músculo-esquelética generalizada, fraqueza muscular (Grau 4) e parestesias distais dos membros, sudorese noturna marcada e arrepios, lesões cutâneas eritematosas e bolhosas, auto-limitadas sem aparente relação com a exposição solar. A dor abdominal agravava após contacto com calda bordalesa, e com toma de metamizol magnésico, sendo provavelmente os fatores desencadeadores da crise. Realizado estudo bioquímico, autoimunológico e serológico extensivo, destacando-se discreto aumento de PBG e ALA em amostra de urina. Foi repetido doseamento de porfirinas fecais e porfirinas plasmáticas com avaliação de picos de fluorescência, bem como o seu doseamento urinário, com resultado negativo. Realizado teste genético com identificação de mutações em heterozigotia (c.814A>C (p.Asn272His)) e homozigotia (c.990A>G (p.Glu330Glu)) no gene CPOX, confirmado o diagnóstico de coproporfiria hereditária, a justificar as queixas da doente.

Conclusão

A coproporfiria hereditária é uma patologia complexa e rara que requer elevada suspeição clínica para iniciar a marcha diagnóstica precoce e acompanhamento médico adequado e multidisciplinar, para a prevenção de novas crises e melhoria da qualidade de vida dos doentes. Deve-se manter seguimento com equipa experiente nesta patologia. O estudo genético vai permitir confirmar o diagnóstico de coproporfiria fora da crise, bem como identificar familiares em risco.

Síndrome papular-purpúrica em luvas e meias – uma apresentação adulta de uma infeção pediátrica

Pedro Lopes; Mariana Mendes Rodrigues; Inês Sofia Gonçalves; Hugo Graça; Hugo Graça; Mariana Lopes; Patrícia Carvalho; Sara Leitão; Lélita Santos

CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, EPE / HOSPITAL GERAL

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A síndrome papular-purpúrica em luvas e meias (SPPLM) é uma apresentação atípica de infeção por Parvovirus B19 nos adultos e jovens. Caracteriza-se por lesões eritematosas, pruriginosas, progressivas com atingimento de mãos e pés, podendo depois atingir outras áreas, associado a edema. É precedido por temperaturas subfebris, mialgias, artralgias e fadiga. O diagnóstico é feito pela deteção da viremia ou IgM para Parvovirus B19 e o tratamento é sintomático.

Caso clínico

Mulher de 47 anos com quadro súbito de edema, prurido e exantema petequial das mãos e pés com atingimento palmo-plantar sem desaparecimento à digito-pressão, de aparecimento súbito e rápida progressão proximal, com posterior atingimento inguinal e glúteo, com surgimento de petéquias dispersas pelo corpo e palato. Sem quadro gripal ou artralgias prévias. Sem fatores epidemiológicos ou patologias de relevo.

Do estudo complementar destacou-se Proteína C Reativa de 4.73mg/dL e linfopenia. Sumária de urina sem alterações. Serologias não sugestivas de infeção aguda por rubéola, CMV, sarampo, EBV, sífilis, herpes, leptospira, coxiella, borrelia, rickettsia, hepatites B e C ou HIV. Auto-imunidade com ANAs, ANCAs, ENAs, Acs anti-CCP, anti-MPO e anti-PR3 negativos, sem hipocomplementemia, velocidade de sedimentação de 34mm/h. Detectou-se IgM positivo com IgG negativo para Parvovirus com viremia de 49771 cópias/mL, bem como Crioglobulinas Policlonais IgM positivas compatíveis com crioglobulinemia mista tipo III. Por quadro compatível com SPPLM, foi mantido seguimento em consulta, mantendo viremia detetável, em decrescendo, compatível com infeção crónica por Parvovirus com crioglobulinemia mista secundária. Manteve vigilância, sem complicações.

Discussão

O quadro clínico destaca uma apresentação atípica de infeção por Parvovirus B19 numa doente previamente saudável e sem contexto de imunossupressão, assim como a necessidade de elevado índice de suspeição para uma doença com curso habitualmente benigno, mas com possibilidade de complicações.

Amiloidose AA associada a infeção crónica com atingimento multissistémico

Pedro Lopes; Joana Marinho Silva; Ana Jorge Martins; Patrícia Carvalho; Rosa Ribeiro Sá; Maria Isabel Ramos; Cristina Valente

CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, EPE / HOSPITAL GERAL

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A Amiloidose AA resulta da deposição extracelular de proteína amiloide secundária a inflamação sustentada, apresentando atingimento sistémico com sintomatologia variada, consoante os órgãos afetados. O diagnóstico implica biópsia e mostra-se mais desafiante quando esta não é possível. O tratamento assenta na evicção da causa da inflamação.

Caso clínico

Os autores apresentam o caso de um homem de 35 anos, consumidor de drogas endovenosas, com antecedentes de infeção crónica de prótese endovascular sob antibioterapia supressiva, de trombose vascular, de linfedema crónico e com múltiplos internamentos prévios por infeções agudas, internado por pielonefrite aguda. História de lesão renal com 4 meses de evolução, a data de internamento com Cr de 2.58mg/dL (TFGe 34 ml/min/1.73m²), sódio 132mmol/L, albumina 1.7g/dL, hemoglobina 9.3g/dL. Ao exame objetivo, observados edemas periféricos bilaterais até à raiz da coxa. Analiticamente, com proteinúria de 22,2 g/24 horas e sumária de urina sem alterações; triglicédeos de 384mg/dL, défice de ferro, ácido fólico e vitamina B12, sem alterações de imunoglobulinas e sem pico monoclonal no proteinograma, NT-proBNP 1223pg/mL, doseamento de ANAs e ANCAs negativo, sem consumo do complemento, Anti-PLA2R negativo, e serologias para CMV, HSV, EBV, sífilis, HIV, HBV e HCV sem infeção. Doseada proteína amiloide A sérica de 287mg/L. Ecografia abdominal com hepatoesplenomegalia. Ecocardiograma transtorácico sem alterações estruturais. Verificou-se agravamento progressivo da função renal, tendo iniciado losartan na dose tolerada. Perante a clínica, achados laboratoriais e história de infeção crónica, assumiu-se o diagnóstico de amiloidose AA, cuja confirmação histológica não foi possível por recusa.

Conclusão

Pretende-se com este caso clínico ilustrar a complexidade diagnóstica e terapêutica associada à amiloidose AA. O atingimento multiórgão é um desafio constante com necessidades de vigilância e ajustes terapêuticos frequentes para redução do impacto da doença.

Nos limites do pericárdio: Tuberculose cardíaca

Inês Barbosa Leão; Telmo Coelho; Daniela Augusto; Joana Calvão; Romeu Pires; João Pedro Correia; Gil Magalhães; Paula Perestrelo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A pericardite tuberculosa é uma manifestação rara da tuberculose, que surge como derrame pericárdico e/ou pericardite constrictiva. É frequente em doentes imunodeprimidos ou de áreas endémicas.

Mulher, 22anos, angolana, residente em Portugal, com hipersudorese noturna, epigastralgia e astenia há 3meses. Apresentou tosse seca, toracalgia anterior pleurítica e dispneia para grandes esforços há 1semana.

Ao exame objetivo, febril, murmúrio vesicular diminuído e hepatomegalia.

Estudo analítico: anemia microcítica hipocrômica, neutrofilia e linfopenia, PCR elevada, marcadores cardíacos e plasmodium negativos e D-dímeros positivos.

AngioTC tórax: derrame pleural bilateral, atelectasias compressivas, derrame pericárdico de médio volume e adenomegalias no mediastino, axilares e região hilar direita. Confirmado com EcoTT.

Estudo autoimune, imunológico e serologias víricas negativos, eletroforese de proteínas séricas e imunofenotipagem sem alterações. IGRA positivo.

Fez toracocentese compatível com exsudato pleural, DNA Mycobacterium tuberculosis negativo, biópsia de gânglio axilar com processo inflamatório crónico granulomatoso necrotizante. Pesquisa de bacilos álcool-ácido-resistentes negativa, não descartando tuberculose.

Discussão com Infeciologia, assumindo-se tuberculose com envolvimento pericárdico e ganglionar, por polisserosite com adenomegalias mediastínicas e axilares necrosadas, IGRA positivo, biópsia ganglionar suspeita de doença granulomatosa e naturalidade em zona endémica.

Iniciou isoniazida(H), rifampicina(R), pirazinamida(Z), etambutol(E) e prednisolona com evolução favorável. Na alta, orientada para Centro de Diagnóstico Pneumológico. Iniciou desmame progressivo de prednisolona e fase de manutenção após 2meses, com HRE+piridoxina, cumprindo 8meses no total. Repetiu ecoTT com resolução de derrame.

Destacamos este caso clínico pela dificuldade diagnóstica de tuberculose, a importância de excluir outras causas de polisserosite e discussão multidisciplinar perante a evidência de granulomas necrotizantes.

Uma causa rara de dor cervical

Gabriela Alves Rodrigues; Bruno Vendeira; Mariana Bettencourt; Ana Júlia Pedro; Teresa Fonseca; António Martins Baptista

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças raras

Introdução

A cervicalgia é um sintoma muito frequente, habitualmente associado a causas benignas. A cervicalgia recorrente acompanhada de disfagia, sensação de corpo estranho na faringe e que se agrava com a rotação lateral da cabeça pode corresponder a uma síndrome rara. Habitualmente diagnóstico de exclusão, a síndrome de Eagle é uma patologia rara (1/100 000 pessoas), mais comum em mulheres após os 50 anos, caracterizada por alongamento do processo estilóide do osso temporal, com consequente compressão do nervo glossofaríngeo (IX par craniano).

Caso clínico

Apresentamos o caso de uma doente do sexo feminino, de 57 anos, com dor cervical recorrente acompanhada de cefaleia homolateral, de intensidade 5/10, que se agravava com a rotação lateral do pescoço e se acompanhava, nessas circunstâncias, de disfagia. As queixas não tinham qualquer alívio com terapêutica analgésica otimizada. A investigação feita foi exaustiva, incluindo observação cuidadosa da doente com exame neurológico, avaliação laboratorial, endoscopia digestiva alta, manometria esofágica, TC cervicotorácica, abdominal e crânio encefálica, levando ao diagnóstico de síndrome de Eagle.

Discussão

Apresentamos este caso por o síndrome de Eagle se tratar de uma patologia rara, que deve ser equacionada em presença de dor facial e cervical unilateral refratárias ao tratamento sintomático e exacerbadas com a deglutição, falar, rir, bocejar e com a rotação lateral da cabeça. O facto de os sintomas serem muito inespecíficos torna mais importante o conhecimento da patologia.

Uma causa rara de hemorragia

Gabriela Alves Rodrigues; Catarina Carneiro; Katarina Pagotto; Filipa Lufinha; Francisca Fontes; Ana Júlia Pedro; Teresa Fonseca; António Martins Baptista

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

O défice de fator VIII, ou hemofilia A, é uma doença genética rara (1/10000 pessoas), ligada ao cromossoma X, e mais comum nos homens. A falta ou disfunção do fator VIII pode levar a hemorragias prolongadas, mesmo sem traumatismo. O tratamento consiste na reposição do fator VIII, permitindo um controlo adequado da coagulação.

Caso clínico

Doente do sexo masculino, previamente autónomo, com antecedentes de DPOC, doença cerebrovascular, HTA, osteoporose, quedas frequentes com fraturas da coluna com osteossíntese em junho 2024. Em outubro 2024, desenvolve hematomas desproporcionais a traumatismos recentes, sendo diagnosticado com défice de fator VIII no Hospital de Cascais. Durante o internamento, apresentou, em resultado de hemorragias, anemia aguda (Hb 4,9 g/dL), com necessidade de suporte transfusional. Iniciou Prednisolona e ciclofosfamida. Posta a hipótese de hemofilia A adquirida, foi transferido para o Hospital de Santa Maria para otimização dos cuidados. Manteve Prednisolona (40mg/dia) e ciclofosfamida (10mg/kg semanal, que passou a diária). Observou-se uma recuperação gradual dos níveis de fator VIII (<1% para 58%) e redução dos inibidores do fator VIII (100 -> 0). O doente teve várias intercorrências, como hemorragias, neutropenia, pielonefrite com possível bacteriemia, pneumonia nosocomial e embolia por cimento. Não se encontrou neoplasia responsável pelo quadro.

Discussão

Apresenta-se este caso por se tratar de uma patologia infrequente e por exemplificar a complexidade do tratamento deste doentes com inibidores do fator VIII. A evolução favorável resposta gradual ao tratamento do doente destacam a importância da abordagem multidisciplinar, monitorização rigorosa e adaptação terapêutica conforme a resposta clínica. Este caso reflete ainda a complexidade do quadro clínico das hemofilias e a importância de um acompanhamento especializado em unidades de referência. Tecem-se considerações sobre eventual causa desta patologia.

De pé e sem ar: O mistério da dispneia postural

Diane Pimenta; Maria Luís Santos; Tânia Silva; Clarisse Neves; Sandra Barbosa; Maria Elisa Torres; Jorge Cotter

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO AVE

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

A dispneia é um sintoma que resulta de uma variedade de condições cardiorrespiratorias, metabólicas e neuromusculares. Embora seja frequente observar doentes com dispneia no dia a dia do Internista, certos padrões atípicos de dispneia desafiam a abordagem diagnóstica e terapêutica destes doentes.

Caso Clínico

Homem de 76 anos, com adenocarcinoma do pulmão a cumprir quimioterapia e submetido recentemente a lobectomia do lobo superior direito. Recorreu ao SU por dispneia em agravamento progressivo com intolerância ao esforço. Durante a avaliação, iniciou quadro súbito de hipersudorese, mal estar geral e palpitações, tendo sido objetivado sinais de instabilidade hemodinâmica com hipotensão arterial, taquicardia e dessaturação com desenvolvimento de insuficiência respiratória tipo 1 grave. O episódio resolveu espontaneamente após alguns minutos, mas optou-se pelo internamento do doente para vigilância. Na Enfermaria, e após ter apresentado um novo episódio em tudo semelhante ao inicial, apercebeu-se que o doente apresentava quadro de platipneia, com noção de agravamento da dispneia no levantar e melhoria da mesma no decúbito. Para além disso, foi objetivado ortodeoxia com dessaturação periférica >5% e queda no valor de pO_2 >4mmHg na posição ortostática. Pela presença deste Síndrome de Platipneia-Ortodeoxia, foi realizado angioTAC Tórax que excluiu a presença de shunt intrapulmonar ou outras alterações de relevo (como por exemplo, TEP ou disseção aórtica). Para além disso, realizou um ecocardiogramaTT onde apenas se visualizava compressão extrínseca da aurícula direita por subida da hemicúpula diafrágica direita. Por manutenção das queixas, foi decidido realização de ecocardiogramaTE que permitiu identificar um Foramen oval patente com shunt direito-esquerdo, que se assumiu ser secundária a aumento da pressão na AD por distorção anatómica pulmonar pós-cirúrgica. O doente foi a seguir submetido ao encerramento do FOP, apresentando melhoria clínica progressiva, e estando atualmente sem necessidade de O_2 suplementar.

Discussão

O Síndrome de Platipneia-Ortodeoxia representa um desafio diagnóstico, sendo um exemplo fascinante de como a posição corporal pode influenciar a oxigenação sanguínea. Apesar de rara, a sua identificação é crucial para realizar o tratamento adequado.

Meningoencefalite por *Streptococcus agalactiae* – um caso numa doente idosa

**Ricardo Mortágua Velho; Tiago Dias Costa; Francisco Ferrer Antunes; David Lopes Sousa;
Ana Sofia Teixeira; Jandira Lima; Lèlita Santos**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A infecção por *Streptococcus agalactiae* é habitualmente associada ao período neonatal, por transmissão pelo canal de parto. Causa quadros clínicos graves em recém-nascidos, como meningite e sépsis. A infecção por *Streptococcus agalactiae* em adultos é uma causa rara de infecção do sistema nervoso central (SNC). Apresenta-se o caso de uma meningoencefalite grave por *Streptococcus agalactiae* numa doente idosa.

Caso Clínico

Mulher, 81 anos, parcialmente dependente, com antecedentes de epilepsia e obesidade. Foi trazida ao Serviço de Urgência por febre, mialgias e dificuldades motoras com 2 dias de evolução. Apresentava à admissão febre, confusão e tetraplegia de novo, com nível sensitivo algico ao nível da sétima vértebra cervical. Analiticamente com leucocitose e elevação da proteína C reactiva. Realizou-se punção lombar que revelou pleocitose neutrofílica e proteinorráquia. O teste múltiplo rápido detectou *Streptococcus agalactiae*, confirmado posteriormente por cultura. Iniciou tratamento com ceftriaxone em doses meníngeas e dexametasona e foi internada em unidade de cuidados intermédios por suspeita de mielite infecciosa. Realizou estudo medular com ressonância magnética e tomografia computadorizada que revelou a nível C3-C7: edema medular, hipersinal e compressão extrínseca por hérnia discal e discartrose. Foi assumido o diagnóstico de meningoencefalite por *Streptococcus agalactiae* e atribuiu-se a tetraplegia ao choque medular causado pela compressão extrínseca. Sem condições cirúrgicas. Permaneceu três dias na unidade de cuidados intermédios, tendo sido transferida para enfermaria, onde manteve terapêutica antibiótica por 14 dias e fisioterapia. Teve alta melhorada ao 22º dia de internamento.

Discussão

Apresenta-se uma meningoencefalite causada por um microrganismo raro na idade adulta, sendo mais prevalente no período neonatal. As infecções do SNC em idosos constituem um desafio clínico, devendo ser excluídas sempre que haja que suspeita.

Anemia Hemolítica Autoimune: Um Caso de Hemólise Mista

José Paz Melo; Mariana Santos Pinheiro; Francisco M. M. Pinheiro; Rosário Calado

HOSPITAL DE BRAGA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A anemia hemolítica autoimune (AHA) resulta da destruição de eritrócitos mediada por autoanticorpos, podendo estar associada a doenças autoimunes, infeções, neoplasias ou ser idiopática. Este caso, onde coexistem autoanticorpos quentes e frios de causa não identificada, procura salientar a importância do estudo etiopatogénico aprofundado.

Caso Clínico

Mulher de 42 anos, previamente saudável, recorreu ao Serviço de Urgência por fadiga, anorexia, dor abdominal, diarreia e icterícia progressiva com duas semanas de evolução. Negava febre, vômitos ou hemorragias. Ao exame físico apresentava mucosas pálidas e subicterícias, sem sinais de adenomegalias ou organomegalias. Analiticamente, documentava-se anemia macrocítica grave (Hb 6.6 g/dL, VGM 129.2 fL), reticulocitose (IPR 7.6%), esferocitose no esfregaço sanguíneo, aumento da bilirrubina indireta (5.02 mg/dL) e LDH (869 U/L), com haptoglobina indetectável. Teste de Coombs direto e indireto positivo. Ecografia e TAC-TAP sem alterações relevantes, exceto esplenomegalia ligeira (13 cm). A doente foi internada com diagnóstico de AHA. No internamento, assume-se hemólise mista, com anticorpos para IgG, C3 e IgA positivos. Serologias infecciosas negativas. Iniciou-se metilprednisolona em bolus, seguida de prednisolona oral, com evolução hematológica lenta. Após melhoria parcial (Hb 9.2 g/dL), teve alta com seguimento em consulta de Medicina Interna para avaliação evolutiva e eventual necessidade de escalada terapêutica.

Discussão

A AHA com hemólise mista é rara, requerendo investigação abrangente para exclusão de causas secundárias. Este caso sublinha a importância da monitorização hematológica e da investigação etiopatogénica. O seguimento prolongado é essencial para definir a necessidade de terapias imunossupressoras adicionais e avaliar potenciais recidivas.

Hepatite E associada a Lesão renal aguda

Ana Catarina Alves; Ana Monteiro; Catarina Oliveira; Bernardo Faria; Nuno Melo; Jorge Almeida

ULS DE S. JOÃO, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A hepatite E é uma causa subdiagnosticada de hepatite em países desenvolvidos. Anteriormente associada a más condições de vida e a países subdesenvolvidos, atualmente sabe-se que se associa a consumo de carne de porco mal cozinhada e carne de caça. A prevalência de anti-HEV IgG chega até 52,5% em alguns estudos de seroprevalência em países Europeus.

Homem de 69 anos, com história de hipertensão arterial, dislipidemia e doença arterial periférica, recorre ao Serviço de Urgência (SU) por 5 dias de evolução de dor lombar esquerda, disúria, noção de diminuição do débito urinário e icterícia. Do estudo realizado no SU: gasimetria com acidemia metabólica e hipercalemia (pH 7,216 pCO₂ 20,9 mmHg pO₂ 121,2 mmHg HCO₃⁻ 8,3 mmol/l K⁺ 7,36 mmol/L). Analiticamente com anemia (9 g/dL), lesão renal aguda (creatinina/ureia: 9.26/145 mg/dL) e elevação dos parâmetros de citocolestase (AST/ALT 1052/1060 U/L, GGT 989 U/L, BRT/BRD 8.62/5.23 mg/dL, LDH 459 U/L), PCR 57 mg/dL. Do estudo da coagulação aPTT 40,2 segundos TP 17,7s segundos. Angio TC abdominopélvico excluiu lesões focais hepáticas e alterações da vasculatura hepática. De serologias víricas, não imune para hepatite B, anticorpo do vírus da hepatite C negativo. Iniciou hemodiálise por oligoanúria e hipercalemia. Do estudo etiológico realizado no internamento pesquisa de RNA de hepatite E positiva. Revisto contexto epidemiológico: sem consumo de carnes mal cozinhadas ou javali. Ao longo do internamento, melhoria progressiva dos parâmetros de citocolestase e hiperbilirrubinemia e ainda melhoria progressiva do débito urinário, com período de poliúria associado, a permitir a suspensão de técnica dialítica. Assim efectuado o diagnóstico hepatite E e lesão renal aguda por necrose tubular aguda em provável contexto de infeção por hepatite E e/ou hipoperfusão no contexto de perfil tensional mais baixo em doente com história de hipertensão arterial.

A hepatite E associa-se a várias manifestações extra-hepáticas que vão desde sintomas neurológicos, manifestações renais, miocardite, artrite entre outras. As manifestações renais de hepatite E incluem um espectro desde lesão renal aguda pré-renal até lesão renal intrínseca por lesão tubular e intersticial. Este caso além de trazer uma causa menos comum de hepatite mostra como esta infeção pode ter um impacto sistémico além do fígado.

Hemicoreia e hiperglicémia: a propósito de um caso clínico

Tetiana Shara; Filipa Monteiro; Tomás Novais; Conceição Escarigo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

A coreia ou hemicoreia caracteriza-se por movimentos involuntários, rápidos e regulares que habitualmente se apresentam num lado do corpo. Está descrita na literatura como manifestação neurológica rara de estados de hiperglicémia não cetónica, sendo mais frequente no género feminino. Resulta de uma disfunção ao nível dos núcleos da base provocada pela hiperosmolaridade e toxicidade da glicose levando a uma desregulação dopaminérgica.

Apresentamos o caso de um homem de 80 anos, autónomo, com antecedentes de acidente vascular cerebral isquémico lacunar direito, hipertensão arterial, fibrilhação auricular e diabetes tipo 2 com cerca de 10 anos de evolução. Iniciou quadro de movimentos involuntários oromandibulares e do hemicorpo direito com cerca de 1 mês de evolução, logo após internamento por diabetes descompensada. Estes movimentos foram agravando progressivamente o que motivou novo internamento por hemicoreia. Na admissão encontrava-se consciente, calmo, hemodinamicamente estável, apirético e normoglicémico. Analiticamente sem anemia, disfunção renal, hepática ou alteração dos parâmetros inflamatórios. Realizou tomografia computadorizada crânio-encefálica sem alterações vasculares agudas e ressonância magnética crânio-encefálica que evidenciou “hipersinal espontâneo em T1 putaminal esquerda, em relação com hiperglicémia não-cetónica”. Ao longo do internamento apresentou melhoria do perfil glicémico sob insulinoaterapia. Cumpriu programa de reabilitação motora com melhoria paulatina dos movimentos coreicos, mantendo contudo à data de alta movimentos involuntários residuais.

Com este caso pretendemos alertar para uma manifestação clínica rara de descompensação hiperglicémica, neste caso, num doente idoso, com diabetes de longa duração e com doença cerebrovascular prévia. A marcha diagnóstica terminou com a comprovação radiológica por ressonância magnética. Apesar de ser um diagnóstico raro, é potencialmente reversível com o controlo atempado e rigoroso da glicémia.

Muito Além da Mononucleose: Um Caso Raro de Meningorradiculite por EBV

Margarida Arantes Silva¹; Anabela Câmara²; Stefanie Moreira²; Joana Milhazes Pinto²; Sofia Rocha²; Sara Varanda²

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO AVE

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

O Vírus Epstein-Barr (EBV) está associado a uma ampla gama de manifestações clínicas. O envolvimento neurológico como complicação da Mononucleose Infeciosa ocorre em 1-5% dos casos, raramente sob a forma de meningorradiculite. Esta caracteriza-se por inflamação das meninges e raízes nervosas, implicando sintomas motores, sensitivos ou autonómicos. A meningorradiculite por EBV pode mimetizar outras doenças neurológicas, tornando o diagnóstico um desafio clínico.

Homem de 72 anos, autónomo, com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia, recorre ao serviço de urgência por alteração da sensibilidade nos membros inferiores, falta de força e dor muscular noturna nos quatro membros, com início cinco dias antes. Descrevia quadro sugestivo de infeção respiratória (tosse e febre) nos dez dias precedentes, para o qual foi medicado empiricamente com antibioterapia. Apresentava défice de força no membro superior direito grau 4, noção não objetivável de alteração da sensibilidade dos membros inferiores, reflexos osteotendinosos presentes e ausência de sinais meníngeos. Analiticamente, apurou-se linfocitose relativa (4 263/uL), esfregaço de sangue periférico com presença de blastos, elevação das transaminases e reação de *Paul-Bunnell* positiva. Realizou ressonância magnética cranioencefálica e cervical sem alterações. Fez punção lombar, com líquido cefalorraquidiano (LCR) transparente, pleocitose moderada (59 células, 67% linfócitos), hiperproteínoorraquia (1.52g/L), sem consumo de glicose, compatível com infeção viral. Assumiu-se meningorradiculite associada ao EBV e após discussão com infeciologia, por se tratar de um doente imunocompetente, teve alta sem antivirais, medicado com pregabalina para controlo da dor neuropática, com agendamento de reavaliação precoce.

Este caso ilustra a meningorradiculite por EBV como uma manifestação rara e subdiagnosticada, podendo ser confundida com outras neuropatias inflamatórias ou miosites. O reconhecimento precoce e a exclusão de causas estruturais são essenciais para evitar tratamentos desnecessários e garantir um tratamento adequado. A vigilância neurológica e o suporte sintomático são fundamentais na recuperação desses pacientes.

Síndrome Budd-Chiari como manifestação inaugural de Hemoglobinúria Paroxística Noturna (HPN)

Bárbara Costa Pereira; Nelson Domingues; Marta Garcia Costa

CENTRO HOSPITALAR TONDELA-UISEU, EPE / HOSPITAL DE SÃO TEOTÓNIO, EPE

Tema: Doenças hematológicas

A Hemoglobinúria Paroxística Noturna (HPN) é uma condição rara, adquirida, com hemólise intravascular resultante de mutação somática e proliferação clonal de células hematopoiéticas, condicionando um defeito intrínseco na membrana dos eritrócitos.

Homem de 40 anos, nacionalidade brasileira, em Portugal há 2 anos, referenciado à consulta externa de Medicina Interna por episódios de dor abdominal flutuantes, periumbilicais, associadas a náuseas e vômitos com 4 anos de evolução. Sem alterações do trânsito intestinal. Episódios de icterícia associados a este quadro, sem colúria ou acolia. Referência a perda ponderal de 12 Kgs em 2 anos. Sem antecedentes conhecidos de hepatite e sem hábitos de etilismo. Teria já realizado estudo no Brasil, inconclusivo.

Ao exame físico de destacar aspeto emagrecido, mucosas ictéricas e baço palpável.

Realizou TC abdominal que levantou a suspeita de Sínd de Budd-Chiari: “Não se observam as 3 veias hepáticas, muito provavelmente trombosadas e fibrosadas e a veia cava intra-hepática encontra-se muito comprimida”. Analiticamente com discreta trombocitopenia, ferroopenia e achados compatíveis com anemia hemolítica (anemia normocítica normocrômica, com reticulose e aumento da LDH). Autoimunidade e serologias negativas. A imunofenotipagem de sangue periférico mostrou um clone de HPN, tendo sido orientado para consulta de Hematologia.

Iniciou terapêutica anticoagulante, suplementação com ferro oral, com melhoria clínica, sem novas queixas algicas espontâneas ou alterações de cor da pele. Após discussão em consulta multidisciplinar de decisão terapêutica, iniciou Eculizumab.

Este caso visa destacar que o diagnóstico de HPN é um desafio devido à sua apresentação clínica extremamente variável e sintomatologia inespecífica. Portanto, é crucial estar alerta para a possibilidade deste diagnóstico, a fim de iniciar precocemente terapêutica modificadora de prognóstico.

Nefrite intersticial aguda: a propósito de uma caso clínico

Ana Catarina Alves; Ana Monteiro; Catarina Oliveira; Bernardo Faria; Nuno Melo; Jorge Almeida

ULS DE S. JOÃO EPE

Tema: Doenças renais

Os inibidores do checkpoint imunológico (ICI) são anticorpos monoclonais que permitem aumentar a eficiência do sistema imunitário na destruição das células neoplásicas com consequente melhoria prognóstica em várias neoplasias. Dada a potencial desregulação imunológica induzida por estes fármacos, vários efeitos adversos relacionados com fenómenos auto-imunes têm vindo a ser reportados em praticamente todos os órgãos.

Homem de 46 anos, com diagnóstico recente de carcinoma renal de células claras estadio IV, tendo iniciado Pembrolizumab e axitinib um mês e meio antes da admissão. Recorre ao Serviço de Urgência (SU) encaminhada da consulta de Oncologia por lesão renal aguda. O doente referia astenia e anorexia desde que iniciou imunoterapia. Negava febre, diminuição do débito urinário, disúria, urina espumosa, hematúria ou outras alterações das características da urina. Sem dor lombar e sem história familiar de doença renal em idade jovem. Do estudo efectuado no SU apresentava acidose metabólica ligeira (bicarbonato de 21 mmol/L) ; sem leucocitose e sem sinais sugestivos de microangiopatia trombótica, proteína C reativa de 146 mg/L e disfunção renal agravada (ureia 116, creatinina 7,04 mg/dl) . O exame sumário de urina demonstrava leucocitúria (546/uL), eritrocitúria com eritrócitos não lisados e proteínas de 0.30g/L. Ecografia renal sem hidronefrose bilateralmente. O doente foi admitido sob fluidoterapia com agravamento analítico nas primeiras 24 horas pelo que por suspeita de nefrite intersticial aguda associada ao pembrolizumab/axitinib iniciou Prednisolona 1mg/Kg (60mg). A biópsia renal foi compatível com nefrite intersticial provavelmente relacionável com fármacos. Após início de corticoterapia evolui favoravelmente da função renal.

A lesão renal aguda ocorre em 1 a 5% dos doentes sob ICI. O tratamento passa sobretudo pela suspensão do fármaco e corticoterapia; contudo, em 40% dos doentes os valores séricos de creatinina não retornam ao basal.

Idoso séptico e multimórbido - Um caso de sucesso

David Furtado; Beatriz Luís Lopes; Daniel Veiga; Pedro Dias Dos Santos; Carolina Cardoso; Anna Knoch; Filipa Pedro

HOSPITAL DISTRITAL DE ABRANTES

Tema: Medicina geriátrica

Comorbilidades e risco de intercorrências frequentemente limitam as opções terapêuticas no geronte internado na Medicina Interna. A abordagem requer uma perspectiva holística, centrada no doente.

Este caso ilustra a complexidade do tratamento do geronte com falência multiorgânica em contexto infeccioso.

Descrevemos o caso de um homem de 76 anos, cognitivamente íntegro, ileostomizado pós-operação de Hartmann com ressecção incompleta de adenocarcinoma do cólon e múltiplas complicações cirúrgicas.

Esteve 62 dias internado na Cirurgia Geral, com alta 7 dias antes da nossa abordagem.

Recorreu à urgência por astenia, prostração, recusa alimentar, e diarreia. Observado choque hipovolémico com tensão arterial de 45/29mmHg, elevação de parâmetros inflamatórios, lesão renal aguda (creatininemia de 7.2mg/dL), e leucocitúria. Apesar disto, respondia bem a questões simples.

O caso foi recusado pela Medicina Intensiva e pela Cirurgia Geral pelo mau prognóstico a curto-médio prazo (foi indicado que durante o internamento fora interrompida quimioterapia, por fragilidade).

Administrámos fluidoterapia vigorosa e levofloxacina, alterada para Ampicilina e Colistina dirigidos (isolamento em urocultura de *K.pneumoniae* e *E.faecalis*). Por pneumonia nosocomial após termo, iniciada Piperacilina/Tazobactam e Linezolid com boa resposta. Agravamento tardio com sépsis levou a início de Meropenem empírico, mantido até ao 14º dia por resposta in-vivo favorável apesar do isolamento em hemocultura de *K.pneumoniae* produtora de carbapenemases. Houve melhoria sustentada. Após 33 dias na Medicina Interna, o doente teve alta com autonomia parcial, integridade cognitiva, e função renal normalizada. Cinco meses depois, não teve novos episódios de internamento, mantendo o estado de saúde à data de alta.

Apesar da gravidade inicial e da recusa de admissão em Cuidados Intensivos, a recuperação do doente sublinha o papel do internista como integrador e promotor da medicina centrada no doente.

Quando a Leptospirose Não Explica Tudo

Simão Gaspar; Francisco Ferrer; Carlos Silva; Telma Alves; Jandira Lima; Lèila Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A leptospirose é uma zoonose transmitida por animais infetados. A sua apresentação muitas vezes é transversal a outras patologias, devendo o seu diagnóstico ser clínico mas também analítico. Uma alta suspeita perante os fatores epidemiológicos pode levar a um enviesamento do raciocínio clínico, descartando outras causas possíveis. Este caso apresenta um doente com quadro clínico e epidemiologia enquadráveis numa infeção por leptospira, cujo diagnóstico foi reconsiderado devido a evolução clínica desfavorável.

Caso Clínico

Doente do sexo masculino, 40 anos, sem antecedentes relevantes. Admitido no SU por quadro de febre, cefaleias, vômitos, dor abdominal, icterícia e colúria. Os sintomas surgiram subitamente 2 dias após infestação laboral por roedores. Ao exame objetivo destacava-se icterícia, epigastria e murphy vesicular. O estudo analítico apresentava colestase, aumento dos parâmetros inflamatórios e trombocitopenia. A ecografia abdominal revelou apenas hepatoesplenomegália. Face à epidemiologia e sintomatologia assumiu-se diagnóstico presuntivo de Leptospirose, tendo-se iniciado doxiciclina empiricamente. Nas 24h seguintes, verificou-se agravamento dos sintomas, justificando-se a repetição da ecografia, cujas imagens eram sugestivas de abscesso no ângulo esplénico do cólon. Na tomografia computadorizada observou-se pneumoperitонеu secundário a perfuração do cólon e múltiplos abscessos esplénicos por contiguidade. Por esse motivo foi submetido a cirurgia (operação de Hartmann). As serologias e pesquisa de DNA de Leptospira no sangue e urina revelaram-se negativas. O relato anatomo-patológico diagnosticou adenocarcinoma do cólon como causa da perfuração.

Discussão

Apesar de toda a história clínica ser sugestiva de Leptospirose, nenhum diagnóstico presuntivo deve ser estanque e impedir a investigação complementar de acordo com a evolução clínica, permitindo sempre novas hipóteses diagnósticas e adequação terapêutica.

REATIVAÇÃO DE VÍRUS VARICELA-ZOSTER (VVZ) COMPLICADA DE SÍNDROME DE RAMSAY-HUNT E MENINGOENCEFALITE

Carlota Santos Pinto; Miguel Bernardino; Leonor F. Gonçalves; Luísa Mendonça; Joana Rosa Martins; Ryan Costa Silva

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, EPE / HOSPITAL DE SANTA MARIA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A síndrome de Ramsay-Hunt (SRH) ou herpes zoster oticus resulta da reativação do VVZ no gânglio geniculado, caracterizando-se pelo envolvimento do VII e VIII pares cranianos, com paralisia facial periférica, disfunção vestibular e vesículas no pavilhão auricular, sendo rara a associação com encefalite.

Apresenta-se o caso de uma doente de 82 anos, sem antecedentes de relevo, que recorreu à urgência por vesículas dolorosas na região cervical e terço inferior da hemiface esquerda, associando-se cefaleia, vertigem e lentificação psicomotora com 4 dias de evolução. À observação apresentava febre e sinais inflamatórios cutâneos exuberantes justapostos às vesículas. No exame neurológico, desorientação espaciotemporal, paralisia facial periférica esquerda e teste de impulso cefálico positivo à esquerda. Dos exames complementares salientava-se apenas aumento de parâmetros inflamatórios, sendo o exame citoquímico do líquido normal e não tendo a TC e RM-CE documentado alterações intracranianas. Foi assumida reativação de VVZ complicada de celulite da face, com suspeita de SRH e eventual encefalite atendendo à clínica neurológica aguda, apesar da ausência de proteinorráquia, pleocitose ou alterações na RM. Iniciou terapêutica com aciclovir em dose para cobertura de infeção do SNC e amoxicilina/clavulanato pela celulite. O estudo microbiológico do líquido com Film Array veio a revelar VVZ confirmando meningoencefalite a este agente. Foi observada por ORL que confirmou SRH, associando-se corticóide e reabilitação vestibular. A doente evoluiu favoravelmente com recuperação clínica completa. Embora rara, a associação de SRH com quadro de encefalite pode existir como potencial complicação da reativação de VVZ. Salienta-se ainda que a ausência de alterações no líquido não exclui categoricamente encefalite. Há falsos negativos em particular na fase inicial e doentes com suspeita clínica devem ser tratados empiricamente de imediato, dado o impacto do tratamento atempado no prognóstico.

Surdez de Lyme: Tempo é audição

Ricardo Costa; Ana Padrão Ferreira; Mariana S. Lima; Cristiana Lopes; Diana Ferreira Lopes; Marta F. Costa; Joana Sotto Mayor; Cindy Tribuna

HOSPITAL DE BRAGA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A borreliose, ou doença de Lyme, é uma zoonose infrequente com 65 000 casos estimados anuais na Europa, e a borreliose com atingimento neurológico ainda mais rara é. O seu diagnóstico atempado e tratamento precoce são críticos para prevenir, ou pelo menos limitar, eventuais sequelas, o que requer um nível elevado de suspeição e um limiar baixo para testar.

Mulher de 44 anos, sem antecedentes relevantes, com clínica de hipoacusia e zumbidos. 8 dias depois do início da clínica recorre a otorrinolaringologia. Audiometria com hipoacusia mista à direita e sem alterações à esquerda, sendo medicada com amoxicilina/clavulanato, pentoxifilina e prednisolona 40mg/dia. Por agravamento da hipoacusia repete audiometria que relata hipoacusia neurossensorial bilateral, profunda à direita e ligeira à esquerda. Prolongam a prednisolona e prescrevem trazodona, sendo encaminhada para ressonância magnética cerebral que não mostrou alterações.

Por manter hipoacusia recorreu ao serviço de urgência do nosso Hospital cerca de 2 semanas após o início do quadro, sendo observada por Medicina Interna. Análises revelam leucocitose ligeira (11000/mm³) com 79% de neutrófilos e PCR <0.5mg/L. Colhe serologias de hepatite B, rubéola, toxoplasma, sífilis e borreliia sendo internada na Otorrinolaringologia. Durante o internamento com serologia para borreliia positiva, IgM e IgG, com confirmatório também positivo para IgG e IgM, inicia doxiciclina 100mg/12h, que manteve durante 21 dias sendo encaminhada para consulta de Medicina Interna. 6 meses depois repete serologias, tendo IgG de borreliia positiva com IgM negativo. Repete novamente 1 ano depois, tendo IgG e IgM negativos.

Infelizmente não houve melhoria da hipoacusia, tendo colocado implantes auditivos, com melhoria parcial. No decorrer do quadro a doente desenvolve uma depressão major, que a continua a debilitar anos depois. Presume-se que o atraso no diagnóstico tenha contribuído para a parca resposta ao tratamento e morbilidade daí decorrente.

Vasculite IgA no adulto: caso clínico

Inês Antunes; Beatriz Ribau; Teresa Alfaiate; Adélia Simão; Lèlita Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A deposição de IgA nos rins, com proliferação mesangial, caracteriza a nefropatia IgA, mais frequente nos adultos jovens (20-30 anos). Se a deposição ocorrer nos pequenos vasos cutâneos, gastrointestinais, renais e articulares surge vasculite IgA, com púrpura, dor abdominal, artralgias e, por vezes, envolvimento renal. Frequente nas crianças e normalmente autolimitada, é mais rara no adulto, mas tem maior potencial de gravidade e recorrência, estando, por vezes, associada a intercorrências infecciosas.

Caso Clínico

Homem, 29 anos, trabalhador florestal, com antecedentes de hipertensão arterial e nefropatia IgA, observado no Serviço de Urgência por quadro de dor epigástrica com 3 dias de evolução. Apresentava exantema purpúrico, com 10 dias de evolução, principalmente nos membros inferiores, progressão para os antebraços e tronco, edema dos membros inferiores e artralgias, sem sinais inflamatórios. Medicado com doxiciclina há 4 dias por suspeita de zoonose. Referia ainda infeção respiratória 3 semanas antes.

Analiticamente leucocitose com discreta elevação da PCR, microalbuminúria e elevação da IgA sérica. Serologias de zoonoses, ANAs, fator reumatoide e ANCAs negativos. Realizou biópsia cutânea, apresentando alterações compatíveis com vasculite leucocitoclástica e depósitos focais de IgA.

Por agravamento da púrpura iniciou corticoterapia com posterior resolução da dor abdominal e melhoria do exantema. À data de alta foi referenciado a consulta de Medicina Interna, mantendo o seguimento habitual em nefrologia.

Discussão

Apesar de mais rara no adulto, este caso sublinha a clínica típica de vasculite IgA. O diagnóstico implica presença obrigatória de púrpura, predominante nos membros inferiores, e pelo menos um dos seguintes critérios: artralgias agudas, dor abdominal difusa, vasculite leucocitoclástica ou glomerulonefrite proliferativa com depósitos de IgA, hematúria ou proteinúria. Outros diagnósticos diferenciais de púrpura, pela gravidade subjacente, devem ser sempre excluídos.

Uma apresentação rara de sarcoidose

Anita Campos; Inês Burmester

ULS PÓVOA DE VARZIM E VILA DO CONDE

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A sarcoidose é uma doença inflamatória com aparecimento de granulomas, especialmente nos pulmões e gânglios linfáticos. A sua etiologia é desconhecida, e pode ser assintomática, ou manifestar-se por tosse, dispneia, adenopatias e febre. Apresentamos o caso de uma mulher, de 29 anos, com antecedentes de asma. Recorre à urgência por edema parotídeo bilateral com uma semana de evolução, sem outra sintomatologia ou quadro constitucional. Apirética, sem dor espontânea, sem xerostomia, sem dor ao mastigar ou deglutir. O exame físico revelou apenas edema parotídeo bilateral. No estudo analítico: vírus respiratórios, herpes-vírus simples, citomegalovírus, adenovírus, vírus Epstein-barr, e paromyxovírus negativos. Dosagem de enzima conversora da angiotensina dentro da normalidade. Na ecografia cervical observaram-se gânglios parotídeos com dimensões superiores ao normal. Na suspeita de doença linfoproliferativa, realizou TC de tórax-abdómen-pélvico, que mostrou múltiplas adenomegalias mediastínicas e hilares, pequenos gânglios retroperitoneais e mesentéricos, e gânglios inguinais bilaterais. A biópsia incisional de um gânglio inguinal mostrou áreas de fibrose sem evidência de granulomas. Após dois meses, houve evidência de aumento das adenopatias mediastínicas e hilares. Realizou EBUS com análise de lavado de aspirado brônquico (LAB). Do estudo efetuado sem isolamento de agente, inclusive mycobacterium tuberculosis, e sem células características de malignidade. No entanto, com estudo imunofenotípico do LAB com presença marcada de linfocitose T CD4+ e anátomo-patológico com processo inflamatório crónico granulomatoso compatível com sarcoidose. Embora a sarcoidose afete, na maioria dos casos, inicialmente os pulmões, apresentando clínica respiratória, febre e adenopatias, neste caso, a manifestação inicial foi o edema bilateral das parótidas, uma forma rara de apresentação.

Síndrome Antifosfolípídico Catastrófico: um caso raro

Ana Teixeira Reis; Carolina Almeida Robalo; Letícia Garcia Naben; Margarida Neto; Alexandra Gaspar; Pedro Carreira; Susana Marques; Ermelinda Pedroso

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA ARRÁBIDA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A síndrome antifosfolípídico catastrófico (CAPS) é uma síndrome multiorgânica de início rápido com múltiplas oclusões vasculares, frequentemente microvasculares, que ocorre em indivíduos com anticorpos antifosfolípidos persistentemente positivos. É frequentemente identificado um fator desencadeante de CAPS como por exemplo: infeção, cirurgia, cancro, suspensão da anticoagulação, gravidez, medicação.

Os autores descrevem o caso de um individuo do sexo masculino, portador de prótese aórtica biológica, com história de enfarte agudo do miocárdio sem elevação segmento ST, hábitos tabágicos e etanólicos mantidos. Foi ao serviço de urgência por astenia, anorexia e adinâmica com 2 meses de evolução. Ao exame objetivo apresentava petéquias nos membros inferiores. Analiticamente com lesão renal aguda Cr 3.5, anemia e trombocitopenia e elevação dos parâmetros inflamatórios. Por suspeita de endocardite infecciosa iniciou antibioterapia empiricamente com ceftriaxone e ampicilina. Durante o internamento verificou-se agravamento da função renal com necessidade de técnica de substituição. Realizou ETE com vegetação de 13 mm aderente prótese aórtica. Realizou TC toraco-abdomino-pélvica com hepatoesplenomegalia e enfarte esplénico, sem evidência de neoplasia oculta. Fez TC crânio com áreas de edema cerebral focal profundas com moldagem do ventrículo direito, sem desvios. Realizou fundoscopia cujas alterações no olho direito com tortuosidade e ingurgitamento vascular que sugeriram síndrome de hiperviscosidade. Do estudo analítico não se isolou nenhum agente nas culturas colhidas, realizou dois doseamentos de Beta 2 glicoproteína e cardiolipina positivos, fator reumatóide positivo que levantou a hipótese de Síndrome Antifosfolípídico catastrófico. Em equipa multidisciplinar decidido iniciar anticoagulação com heparina endovenosa e plasmaferese, tendo evoluído desfavoravelmente.

CAPS é uma doença rara. Os rins, o cérebro, o pulmão e o coração são afetados com maior frequência. A trombose dos grandes vasos, bem como o envolvimento microvascular, com anemia hemolítica microangiopática e trombocitopenia, são frequentemente observados tal como no caso descrito.

Marcha diagnóstica num caso de vômitos incoercíveis

Daniel Veiga¹; Inês Duarte²; Rachele Escoli²; Ivan Luz²; Cátia Figueiredo²; Marisa Roldão²; Rui Duarte²; Paulo Santos²; David Furtado²; Anna Knoch²; Isabel Martins²

¹ ULSMT HOSPITAL DE ABRANTES

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO

Tema: Doenças oncológicas

Descreve-se o caso clínico de uma jovem de 35 anos sem antecedentes pessoais de relevo que recorre ao serviço de urgência (SU) por mal estar geral, vômitos biliares pos-prandiais com 5 dias de evolução e sensação de diminuição da diurese com 3 dias de evolução. Referiu também perda ponderal de cerca de 8kg nas últimas semanas. À observação sem alterações de relevo, à exceção de obesidade e ligeira desidratação das mucosas. Ficou internada inicialmente na Medicina Interna pelo quadro de vômitos incoercíveis e por se ter constatado analiticamente leucocitose (22900/uL), lesão renal aguda (LRA) (creatinina 2 mg/dL) e proteinúria de 600mg/dL. No quarto dia a creatininemia encontrava-se em 4,4mg/dL e gasimetria a demonstrar alcalose metabólica. Procedeu-se à algaliação com monitorização do débito urinário e foram requisitadas ecografia renal e angioTC-AP (tomografia computadorizada abdominopelvica) que excluíram ureterohidronefrose e sem outras alterações de relevo. Foi transferida para o serviço de Nefrologia para investigação etiológica de LRA e proteinúria tendo realizado extenso estudo analítico para exclusão de patologia auto-imune, infecciosa, neoplásica, entre outras. Por persistência de vômitos realizou endoscopia digestiva alta que documentou dilatação duodenal com conteúdo luminal. Foi transferida para o serviço de Cirurgia Geral onde realizou entero-TC que confirmou volumosa lesão jejunal, sendo submetida a ressecção segmentar do intestino delgado. A lesão foi classificada como adenocarcinoma de baixo grau (T4a N0 R0) tendo-se optado, pelo elevado risco histológico, por cumprir quimioterapia adjuvante.

As neoplasias do trato gastrointestinal são, geralmente, silenciosas e detetadas em estádios avançados da doença. Deve existir um baixo limiar de suspeição, em particular, na presença de sintomatologia gastrointestinal. O presente caso ilustra o desafio diagnóstico desta patologia através de uma longa marcha diagnóstica em abordagem multidisciplinar.

NEM SEMPRE É INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, ESTENOSE AÓRTICA OU SÍNDROME CORONÁRIA AGUDA: AMILOIDOSE ATTR

Carlota Santos Pinto; Ana Rita Andrade; Sofia Romão; Miguel Azaredo Raposo; João R Agostinho; Joana Rosa Martins; Ryan Costa Silva

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, EPE / HOSPITAL DE SANTA MARIA

Tema: Doenças cardiovasculares

A amiloidose ATTR pode originar uma cardiopatia infiltrativa restritiva, sendo uma causa subdiagnosticada de insuficiência cardíaca em idosos, potencialmente fatal. Apresenta-se o caso de um doente de 82 anos com estenose aórtica moderada, doença arterial periférica, hipertensão arterial e síndrome do túnel cárpico. Avaliado por dor retroesternal em agravamento e dispneia de esforço com episódios recorrentes de hipotensão potencialmente enquadráveis na estenose aórtica. Dos exames iniciais destacava-se infradesnivelamento do segmento ST V4-6 no ECG e elevação de troponina T (404ng/dL) e NTproBNP (8902pg/m), tendo sido assumido o diagnóstico de síndrome coronária aguda e administrando-se dupla antiagregação e anticoagulação. A coronariografia mostrou coronárias sem lesões significativas. O ecocardiograma revelou hipertrofia ventricular esquerda com padrão “mosqueado” e FE preservada. Perante a clínica e ecocardiograma levantou-se a hipótese de amiloidose cardíaca, tendo esta sido confirmada pela cintigrafia DPD com deposição de transtirretina. Foi ainda excluída amiloidose AL com doseamento de imunoglobulinas, cadeias leves e imunofixação que não detetou componente monoclonal. Teve alta referenciado a consulta de Cardiologia para instituição de tafamidis e realização de genotipagem.

Pretende-se alertar para a marcha diagnóstica desta patologia, sem necessidade de recurso a biópsia nem obrigatoriedade de resultados do estudo genético, podendo ser diagnosticada pela conjugação de clínica, ecocardiograma, cintigrafia nuclear e exclusão de amiloidose AL. Requer elevado grau de suspeição, tendo o caso descrito pistas importantes como estenose aórtica, síndrome do túnel cárpico, intolerância a antihipertensores e níveis de NT-proBNP desproporcionais à clínica. A amiloidose cardíaca tem terapêutica específica com benefício na morbimortalidade e maior eficácia quanto mais precocemente for iniciada.

Açúcar a mais, Controlo a Menos: Hemicoreia Hiperglicemia não cetónica

Margarida Arantes Silva¹; Stefanie Moreira¹; Emanuel Fernandes²; Joana Milhazes Pinto³; Elisabete Dulce Mendes²; José Manuel Araújo³

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO AVE

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO ALENTEJO

³ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

A Hemicoreia associado à Hiperglicemia Não Cetónica é uma condição rara, porém bem descrita na literatura, caracterizada por movimentos involuntários unilaterais em doentes, sobretudo mulheres, com diabetes mellitus descompensada.

Mulher de 68 anos, autónoma e cognitivamente íntegra, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) insulinotratada, dislipidemia, hipertensão arterial, doença renal crónica (estadio 3b) e fibrilação auricular sob hipocoagulação; com internamento recente por síndrome hiperosmolar não cetótico devido a incumprimento terapêutico. Recorreu ao Serviço de Urgência por movimentos involuntários no hemicorpo direito, com uma semana de evolução. Ao exame, apresentava hemicoreia moderada a severa, com tentativa de incorporação de movimentos em gestos com propósito. Analiticamente, destacava-se hiperglicemia (253 mg/dL), cetonemia de 0,1 mmol/L e gasimetria arterial sem alterações. A tomografia computadorizada cranioencefálica revelou hiperdensidade dos gânglios da base direitos, compatível com hemicoreia hiperglicémica não cetónica. Após uma anamnese mais detalhada, constatou-se que a doente não cumpria a medicação prescrita, administrando insulina apenas quando percebia valores glicémicos demasiado elevados (teria administrado previamente à vinda ao SU).

A fisiopatologia das alterações dos gânglios da base permanece incerta, mas sabe-se que a maioria dos casos remite dias ou semanas após o controlo glicémico, embora haja risco de recorrência. O tratamento sintomático com antipsicóticos pode ser necessário em casos mais graves, sendo reservado para situações em que os movimentos involuntários comprometam significativamente a funcionalidade dos doentes.

AU!pioides

Valentim Meleiro Rodrigues; Sergey Zagidulin; Tomás Custódio Santos; João Dias Gaio; Fábila Cerqueira; Joana C F Lima; Teresa Passos da Fonseca; António Martins Baptista

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

A hiperalgesia induzida pelos opióides (HIO) define-se como um estado de sensibilização nociceptiva causada pela exposição a opióides. Caracteriza-se por uma resposta paradoxal em que o aumento da dose de opioide resulta num aumento da sensibilidade dolorosa. A incidência da HIO é desconhecida e a fisiopatologia complexa, requerendo ainda investigação.

Caso clínico

Mulher, 65 anos, autónoma, com carcinoma neuroendócrino da bexiga, extensamente metastizado, sob buprenorfina transdérmico 35 µg/h, gabapentina 200 mg/dia e duloxetina 30 mg/dia. É observada de urgência por dor abdominal, náuseas, febre, prostração e urina com cheiro fétido. À admissão: escala de coma de Glasgow 15, hemodinamicamente estável e apirética, dor generalizada à palpação abdominal. Análises com aumento dos parâmetros inflamatórios e exame sumário de urina com leucocitúria. É assumida infeção do trato urinário e iniciada antibioterapia com benefício.

Por dor não controlada é titulada dose de opioide para buprenorfina transdérmico 52,5 µg/h e realizados resgates com morfina endovenosa (total 24 mg), com agravamento progressivo da dor de forma generalizada, surgindo suspeita de HIO. Assim, é interrompida terapêutica opioide, realizada naloxona e ajustada terapêutica analgésica não opioide com benefício e controlo algico.

Teve alta hospitalar tendo sido, posteriormente, contexto de consulta de Medicina Paliativa, realizada nova tentativa de reintrodução de opióides (buprenorfina transdérmico 35 µg/h) com hiperalgesia marcada, confirmando-se a suspeita inicial.

Discussão

Não existem ainda critérios bem definidos para o diagnóstico da HIO que normalmente se apresenta com uma dor de difícil caracterização (nomeadamente em termos de intensidade, localização e padrão). O seu diagnóstico é desafiador, devendo suspeitar-se de HIO quando se verifica aumento da dor em doentes sob terapêutica opioide (independentemente da sua duração) que não seja espectável no contexto clínico do doente.

Tuberculose Pulmonar e Doença Celíaca: um mal nunca vem só

Francisco Simões; Rosa Sá; Hugo Gonçalves; Bárbara Fraga Campos; Rui M. Domingues; Narciso Oliveira; Teresa Pimentel

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A diarreia crónica associada a perda ponderal significativa representa desafio diagnóstico, exigindo abordagem multidisciplinar para identificação de etiologia infecciosa, inflamatória, metabólica e neoplásica. Apresenta-se caso clínico de tuberculose pulmonar e doença celíaca coexistentes, destacando importância de investigação sistemática.

Caso Clínico

Homem, raça negra, 26 anos é internado com quadro de diarreia crónica arrastada, com tosse, picos febris recorrentes, dor abdominal e perda ponderal importante. À admissão apresentou sinais de má nutrição, xerose cutânea, hiponatremia, anemia microcítica hipocrómica e insuficiência respiratória. Em radiografia de tórax evidenciou condensação sugestiva de cavitação bilateralmente, nos ápices pulmonares, confirmadas em TC como lesões compatíveis com tuberculose pulmonar. A pesquisa de *M. tuberculosis* foi positiva no exame direto e no exame micobacteriológico de expectoração, tendo iniciado terapêutica com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol, com melhoria da insuficiência respiratória. Apesar do tratamento, manteve diarreias, pelo que se prosseguiu com estudo. A TC-Abdominopélvica evidenciou distensão intestinal difusa e adenopatias mesentéricas. Assim sendo, prosseguiu com estudos endoscópicos, com endoscopia alta a revelar gastrite crónica, serologias com anticorpos anti-gliadina positivos e exame histológica das biópsias duodenais realizadas a confirmar doença celíaca. Foi ainda excluída tuberculose intestinal, iniciou dieta isenta de glúten e acompanhamento nutricional, com melhoria progressiva dos sintomas gastrointestinais e do estado nutricional. Teve alta com manutenção de tuberculostáticos e seguimento em Medicina Interna e Gastreenterologia.

Discussão

A coexistência de tuberculose pulmonar e doença celíaca ilustra a complexidade da investigação de diarreia crónica, sobretudo em doentes com fatores de risco nutricionais e imunológicos. O caso reforça a necessidade de abordagem diagnóstica abrangente, garantindo a deteção precoce de patologias concomitantes.

Reativação de parvovirose em doente imunossuprimido

Beatriz Dias Silva; Catarina Veiga; Sofia Camões; Ana Rodrigues; Miguel Oliveira; Carla Lima; João Olivério Ribeiro; Sérgio Lemos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE VISEU DÃO-LAFÕES

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A infeção por parvovírus B19 (PV B19), no adulto, pode ser assintomática ou estar relacionada com uma variedade de manifestações clínicas, como eritema infeccioso, artralgias ou crises aplásicas transitórias, entre outras. Estas manifestações são mais exuberantes em populações de risco como grávidas ou indivíduos imunossuprimidos. Nestes, como não têm capacidade para criar imunidade contra o vírus, estão descritos casos de infeções crónicas ou reativações.

Caso clínico

Relatamos o caso de uma mulher de 42 anos, com antecedentes pessoais conhecidos de doença renal crónica (DRC) por esclerose segmentar e focal secundária submetida a transplante renal em 2017, sob imunossupressão. Nos 6 meses prévios à nossa observação esteve internada, na Suíça, por crise aplásica transitória, com valores de hemoglobina (Hb) de 4,8 g/dL, devido a infeção por PV B19. Na altura tratada com imunoglobulinas humanas endovenosas (IgEV) com recuperação dos valores de hemoglobina. Enviada ao serviço de urgência por anemia, Hb 6,8g/dL, e agravamento da função renal, tendo ficado internada. Durante o internamento manteve o agravamento da anemia pelo que se suspeitou de reativação do PV B19, e nesse contexto iniciou novamente IgEV 400mg/Kg/dia e foram pedidas serologias de PV B19, que se verificaram positivas para IgM e DNA viral com 552715 cópias no sangue periférico. Por agravamento progressivo da função renal foi transferida para centro de transplante renal. Neste centro completou o tratamento com IgEV durante 5 dias com recuperação dos valores de hemoglobina. À data da alta, houve lugar, ainda, a alteração da terapêutica imunossupressora.

Discussão

É crucial considerar a reativação de PV B19 principalmente nos doentes imunossuprimidos, já que responde a cursos adicionais de tratamento com IgEV, resolvendo as manifestações clínicas decorrentes que quando não tratadas podem ser fatais ou evoluir para cronicidade.

Síndrome de DRESS: Diagnóstico a considerar na febre não infecciosa

Beatriz Dias Silva; Hugo Ventura; Sofia Camões; João Olivério Ribeiro; Edite Nascimento

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE VISEU DÃO-LAFÕES

Tema: Outro

Introdução

A síndrome de DRESS (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms) é uma reação de hipersensibilidade a fármacos, rara e potencialmente fatal. Caracteriza-se por erupção cutânea morbiliforme generalizada associada a eosinofilia, linfadenopatias e envolvimento de órgão. A latência entre o início do fármaco e das manifestações clínicas é prolongada, entre duas a oito semanas.

Caso clínico

Apresentamos o caso de uma mulher de 61 anos, com antecedentes pessoais conhecidos de doença renal crónica, submetida a transplante renal, com necessidade de reinternamento passados 3 meses, por disfunção aguda do enxerto com aneurismas micóticos e coleção abcedada da anastomose. Neste internamento cumpriu antibioterapia com Meropenem, Linezolid e Vancomicina, bem como Micafungina, no entanto com necessidade de transplantectomia, tendo tido alta apirética e com necessidade de hemodiálise. Passada uma semana da alta, da unidade de transplante renal, recorreu ao serviço de urgência por febre e exantema disperso, sem prurido associado. À observação apresentava-se febril, hipotensa e com rash cutâneo com extensão à quase totalidade do tegumento cutâneo (>80%), sem atingimento das mucosas. Analiticamente com eosinofilia, no esfregaço de sangue periférico com linfócitos atípicos. Neste contexto, foi assumido DRESS (RegiSCAR: 6), tendo iniciado corticoterapia sistémica com melhoria do quadro. Após resolução do quadro foi referenciada a consulta de dermatologia onde realizou patch test que foi positivo para o Meropenem, assumindo-se assim este fármaco como o causador da reação de hipersensibilidade.

Discussão

A síndrome de DRESS apresenta uma evolução variável, não existindo marcadores na apresentação que possam prever o desfecho do quadro. Assim, o seu reconhecimento precoce, embora difícil dado o tempo de latência entre o fármaco causal e o início da apresentação clínica, é imperativo tendo em conta o potencial desfecho fatal.

Trombofilias na trombose venosa em localizações atípicas

Romana Bettencourt Fagundes; Beatriz Pereira; Maria Rui Gomes; Sara M. Ribeiro; Bárbara Soeiro

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Outro

Introdução

O tromboembolismo venoso (TEV) em localização atípica pode ser um desafio diagnóstico e requer um elevado grau de suspeição. A proporção de casos de isquemia mesentérica aguda devidos a trombose venosa mesentérica ronda os 10%.

Caso clínico

Masculino, 67 anos, autónomo. Tinha como antecedentes conhecidos dislipidemia e hipertrofia benigna da próstata. Apresentou-se com quadro de dor abdominal epigástrica com cerca de uma semana de evolução, constante e em agravamento progressivo, pior no período pós-prandial. Associadamente teve dejeções moles sem sangue ou muco. À observação, abdómen distendido e timpanizado, dor à palpação da FIE e hipogastro, sem sinais de irritação peritoneal. Após estudo extenso e várias vindas ao serviço de urgência realizou uma tomografia computadorizada abdominal com angiografia que revelou trombose de toda a veia mesentérica superior, com extensão à porção proximal da veia porta e à distal da veia esplénica e no tronco da veia mesentérica inferior sendo aqui parcialmente oclusiva. Foi efetuado o diagnóstico de isquemia mesentérica por trombose venosa mesentérica extensa. Decidido tratamento conservador, iniciou hipocoagulação e antibioterapia com ceftriaxone e metronidazol.

Repetiu exame de imagem ao 5.º dia, sobreponível a prévio; analiticamente, diminuição dos parâmetros inflamatórios. Evolução favorável, a tolerar dieta e já com trânsito intestinal, teve alta após 6 dias de antibioterapia, sob hipocoagulação.

Posteriormente estudado em consulta, excluída cirrose hepática e neoplasia maligna, foi detetada a variante 20210G>A do gene PT em heterozigotia (genótipo G/A), um fator de risco major (2-3X superior) para patologia trombótica / tromboembólica, dado aumentar os níveis de protrombina e a produção de trombina.

Discussão

Com este caso pretendemos realçar um caso clínico de trombose venosa mesentérica como etiologia de processo de isquemia intestinal e a importância da investigação dos fatores predisponentes. A investigação de trombofilia hereditária acima dos 50 anos é controversa, mas deve ser avaliada caso-a-caso.

Pancitopenia de Novo: Uma etiologia a não esquecer!

Gabriela Costeira Paulo; Carolina R. Oliveira; Ilda Coelho; João Mota; Conceição Ferreira; José Miguel Ferreira; Alexandra Leitão

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BARCELOS/ESPOSENDE

Tema: Doenças hematológicas

Na investigação de uma pancitopenia, é essencial considerar causas nutricionais, tóxicas, infecciosas. Segue o seguinte caso.

Mulher, de 33 anos, com antecedentes de bypass gástrico, não suplementada, admitida por cefaleia, febre e poliaquiúria. Filha de 5 anos apresentara febre, vômitos, seguido de eritema não pruriginoso nos membros. Sem défices focais ou exantemas; orofaringe normal; adenopatia supraclavicular (~1cm). Analiticamente, pancitopenia de novo (neutrófilos 700/ μ L, plaquetas 128.000/ μ L, Hb 5.9 g/dL), macrocitose (VGM 129 fL), reticulocitopenia (0%), fibrinogénio 133 mg/dL. Vitamina B12 120 mg/dL; folato 6 mg/dL; sem ferroopenia; LDH 1218 U/L. HIV, Hepatite B/C, teste rápido de mononucleose e vírus respiratórios negativos. Urina com leuconitritúria. Dos exames de imagem: TC-CE normal; TC pescoço e TAP sem adenopatias ou organomegalias. Colhido serologia de *Parvovirus*, hemocultura e urocultura; transfundida com 2 UCEs, iniciou amoxicilina/clavulanato, cianocobamina i.m e folato oral. Internada para estudo e compensação. Discutido com Hematologia, dado suspeita de infecção por *Parvovirus* e neutropenia, sugerido administrar imunoglobulina 1g/kg/dia por 2 dias. No 2º dia, petéquias nos membros inferiores e nadir plaquetário (57.000/ μ L), seguido de recuperação hematológica, regressão das petéquias e da adenopatia. Cumpriu 7 dias de amoxiciclina/ac. clavulânico, tendo sido isolado *E.coli* na urocultura e hemoculturas estéreis. Alta ao 7º dia com suplementação oral de vitamina B12 e ácido fólico. Serologias IgM/IgG anti-*Parvovirus* positivas e hemograma normal 1 mês após admissão.

Parvovirus B19 raramente causa anemia significativa em adultos saudáveis. Contudo, nesta doente, o défice de vitamina B12, decorrente de bypass gástrico, não suplementada, pode ter predisposto a crise aplásica transitória, ao tornar a membrana das hemácias mais rígida, mais suscetível a hemólise. Destaca-se ainda por envolver as três linhagens hematopoiéticas. Assim, este caso sublinha a importância de considerar o *Parvovirus B19* no estudo de pancitopenia de novo, o papel da deficiência de B12 na crise aplásica transitória, bem como a necessidade da sua suplementação após bypass gástrico.

FUNGÉMIA POR CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS EM DOENTE COM INFEÇÃO POR VIH NAIVE

Ricardo Pais; Sara Campos; Ana Rita Ribeiro; Ricardo Martins

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALGARVE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

O *Cryptococcus Neoformans* é uma levedura dispersa no ambiente, raramente causadora de doença em pessoas imunocompetentes, sendo mais prevalente em doentes com infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), sobretudo com CD4 < 100 células/mm³. Atualmente, devido à disponibilidade de terapêutica anti-retroviral (TARV) eficaz, a Criptococose tornou-se uma entidade pouco frequente.

Caso Clínico

Homem de 47 anos recorre ao serviço de urgência por odinofagia, cefaleias, anorexia e perda ponderal com 2 semanas de evolução. Regista-se diagnóstico recente de infeção por VIH com uma carga viral de 1.700.000 cópias/mL e contagem de CD4 de 20 células/mm³. Ao exame objetivo evidência de lentificação psicomotora e candidíase orofaríngea. Analiticamente não apresentava alterações de relevo e a Tomografia Computadorizada Crânio-Encefálica (TC-CE) que realizou não revelou lesões ocupantes de espaço ou alterações sugestivas de outra patologia. Realizada punção lombar com saída de líquido cefalorraquidiano (LCR) com pressão de abertura aumentada com hipoglicorraquia e hiperproteínorraquia com presença de múltiplos elementos leveduriformes, compatíveis com *Cryptococcus* que foram confirmados em exame cultural. Iniciou Anfotericina B e Fluconazol (mais tarde substituída pela flucitosina) e colheu hemoculturas que revelaram fungémia por *Cryptococcus Neoformans*. Por manutenção de cultura positiva do LCR foi necessário realizar 6 ciclos indução de terapêutica tendo-se iniciado somente depois deste período a TARV.

Conclusão

De entre as infecções oportunistas, a criptococose destaca-se por ser das poucas em que o tratamento eficaz é essencial para podermos iniciar TARV de forma segura, diminuindo o risco de síndrome de reconstituição imune. Apresentamos com este trabalho um doente com carga fúngica tão elevada que apresentou disseminação hematogênea e precisou de 12 semanas para se conseguir assepsia a nível do LCR.

Derrame Pleural na Leucemia Linfocítica Crônica: Uma Manifestação Rara de Progressão da Doença

Sara de Sousa; Sara Soares Costa; Susana Viana; Sofia Marques da Silva; Ricardo Jorge Sousa; Mariana Lobo; Rui Môço

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A leucemia linfocítica crônica (LLC) é uma neoplasia linfoproliferativa indolente, geralmente diagnosticada em idosos, com apresentação clínica variável. Caracteriza-se pela proliferação e acumulação de células B maduras no sangue periférico. O diagnóstico baseia-se no hemograma, esfregaço sanguíneo periférico e imunofenotipagem. O envolvimento pleural na LLC é raro, associado a doença avançada, com poucos casos descritos.

Caso Clínico

Relata-se o caso de uma mulher de 80 anos, ECOG 0, diagnosticada com LLC em 2009, com cinco recidivas e múltiplas linhas terapêuticas. Em abril de 2024, iniciou acalabrutinib, com resposta hematológica favorável. Em janeiro de 2025, apresentou dispneia progressiva, sendo documentado derrame pleural volumoso à direita. A tomografia torácica revelou derrame pleural direito de grande volume e espessamento pleural bilateral. O hemograma mostrou leucocitose com linfocitose estável (~20.000 leucócitos). Toracocentese diagnóstica com líquido pleural sero-hemático (pH imediato de 7.44 e hematócrito < 15%), exsudado com predomínio de mononucleares e presença de células de sangue periférico. A citologia foi negativa para malignidade. A imunofenotipagem do líquido pleural identificou linfócitos B maduros com CD5, CD19 e CD20, confirmando infiltração pleural pela LLC. Devido à recorrência do derrame e necessidade de drenagens repetidas, realizou-se pleurodese, com boa evolução. Após discussão multidisciplinar, foi proposta mudança para pirtobrutinib.

Discussão

A progressão da LLC para o espaço pleural é rara e pode ocorrer sem evidência laboratorial de agravamento. O diagnóstico diferencial do derrame pleural deve considerar infiltração neoplásica, além de causas infecciosas e outras neoplasias. Este caso reforça a importância da imunofenotipagem do líquido pleural na abordagem da LLC avançada.

Pseudoxantoma elástico

Beatriz Dias Silva; Sofia Camões; Hugo Ventura; Filipa Reis; João Olivério Ribeiro; Edite Nascimento

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE VISEU DÃO-LAFÕES

Tema: Doenças raras

Introdução

O pseudoxantoma elastico (PXE) é uma doença genética metabólica rara, autossómica recessiva. Caracteriza-se pela progressiva calcificação das fibras elásticas da pele, retina e sistema cardiovascular. As manifestações clínicas são muito variáveis, e podem ter início em qualquer idade. Inicialmente, as queixas são habitualmente cutâneas, com manchas e/ou pápulas amareladas, pequenas e assintomáticas, tipicamente localizadas no pescoço e nas áreas flexurais. Com a progressão da doença é frequente o envolvimento extracutâneo.

Caso Clínico

Apresentamos um caso de um homem de 52 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo, enviado à consulta de oftalmologia por episódio de visão turva. Aquando da observação por esta especialidade foram encontradas estrias angioides bilateralmente e, em Tomografia Computerizada das órbitas densificação do disco ótico esquerdo – drusen. Neste contexto e já que o doente apresentava, ainda, lesões cutâneas amareladas na axila e pescoço, foi enviado para a consulta de Medicina Interna para estudo. Após colheita cuidada da anamnese foi possível apurar que o seu pai tinha sido diagnosticado com PXE. Para diagnóstico definitivo de PXE é necessário pelo menos dois critérios major de diferentes categorias (pele, olho ou genética), o que se verifica neste doente pela presença de pápulas e placas típicas, bem como de estrias angioides. Assim, estabeleceu-se o diagnóstico de PXE e o doente manteve seguimento para vigilância, controlo dos fatores de risco CV e deteção precoce de possíveis complicações.

Discussão

Apesar de não existir, ainda, tratamento específico e eficaz para o PXE, o prognóstico desta doença é favorável quando as complicações são prevenidas, evitando eventos como enfarte agudo do miocárdio ou acidentes vasculares cerebrais, já que existe um risco aumentado para estes.

Pneumonia em organização criptogénica – quando a pneumonia não responde a antibióticos

Luís Filipe Couto; Pedro Miranda; Magda Fernandes; Emília Lopes; Jorge Cotter

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO AVE

Tema: Doenças respiratórias

Introdução

Pneumonias são comumente observadas em contexto hospitalar. A resposta rápida a antibióticos em doentes febris, com dispneia e consolidações pulmonares normalmente dispensa investigação complementar. Aqui se ilustra o caso de uma doente com suspeita de pneumonia da comunidade que não respondeu a antibioterapia.

Caso clínico

Mulher de 66 anos, sem antecedentes de relevo, iniciou clínica de febre, tosse, astenia e dispneia, com recurso ao serviço de urgência (SU). Realizou tomografia computadorizada (TC), com consolidações alveolares em região anterior dos lobos inferiores, com broncograma, e ligeira consolidação no lobo superior esquerdo. Teve alta sob amoxicilina+ácido clavulânico e azitromicina. Sem identificação de agente infeccioso.

Voltou ao SU 3 semanas depois por manter queixas. Repetiu TC: consolidação na região posterior de ambos os lobos inferiores, e bronquiectasias cilíndricas nas bases. Repetiu microbiologia – sem isolamentos –, e iniciou tratamento com piperacilina-tazobactam; não registou melhoria clínica.

No estudo complementar, doente sem défice de alfa1-antitripsina, sem eosinofilia, sem hipogamaglobulinemia e sem consumo de complemento; autoanticorpos pesquisados (ANAs, anti-ENA, ANCA) negativos.

Realizou broncofibroscopia: sem alterações macroscópicas; citológico de lavado broncoalveolar com numerosos macrófagos alveolares e células inflamatórias, sem malignidade; contagem de populações linfocitárias em lavado normal.

Realizada biópsia pulmonar transtorácica. Por suspeita de pneumonia em organização criptogénica (COP) iniciou prednisolona 0,75 mg/kg/dia. Realizado estudo paraneoplásico para exclusão de etiologia secundária – sem alterações.

Registada melhoria clínica, com resolução de dispneia e febre.

Histológico de biópsia pulmonar confirmou diagnóstico, com fibrose e múltiplos corpos de Masson.

Após 4 semanas, iniciado desmame – completo e ao longo de 6 meses – de corticoterapia.

TC de reavaliação aos 9 meses mostrava resolução das densificações.

Discussão

A COP é uma doença rara, de etiologia desconhecida e que numa fase inicial pode mimetizar uma pneumonia infecciosa, com atraso frequente no diagnóstico. Densificações irregulares migratórias, como aqui verificadas, apoiam o diagnóstico. O prognóstico é geralmente favorável.

Arritmia como apresentação inicial na Amiloidose Cardíaca

Baltazar Gabriel Moreira Oliveira; Marta Amaro; Mariana da Silva Alves; Rita Calixto

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

A amiloidose é uma doença sistémica que resulta na deposição extracelular de amiloide nos tecidos, provocando dano nos órgãos. A amiloidose cardíaca é uma das manifestações mais graves e potencialmente fatais desta entidade. A apresentação clínica inicial mais comum é por insuficiência cardíaca de fração de ejeção preservada. Esta miocardiopatia infiltrativa pode levar a alterações da condução elétrica cardíaca, podendo provocar arritmias como fibrilhação auricular, bloqueios auriculoventriculares (BAV), etc.

Caso Clínico

Os autores apresentam um homem de 82 anos, previamente autónomo, com antecedentes de fibrilhação auricular permanente, etilismo crónico e história de cirurgia gástrica há cerca de 20 anos. É enviado à consulta de Medicina Interna para estudo de anemia em doente hipocoagulado. O doente tinha sido internado no Serviço de Cardiologia por BAV completo há 1 mês atrás, altura em que colocou pacemaker definitivo. O ecocardiograma transtorácico realizado nesse episódio revelava vários achados sugestivos de miocardiopatia infiltrativa. Na consulta verificou-se que não havia seguimento ou estudos adicionais face aos achados do ecocardiograma. Nesse sentido, procedeu-se ao pedido de exames complementares adicionais para estudo etiológico. Dos exames realizados, destaca-se eletroforese de proteínas e imunofixação sérica sem alterações, aumento das cadeias leves livres Kappa (45.8 mg/L) e Lambda (39.6 mg/L) séricas, imunofixação sérica urinária com presença de cadeias leves Kappa policlonais e cintigrafia óssea com hipercaptação miocárdica anómala biventricular, compatível com amiloidose associada a TTR. Foi orientado para a consulta de miocardiopatias, onde realizou biópsia endomiocárdica com estudo imunohistoquímico a confirmar a presença de anticorpo ATTR e estudo genético a revelar mutação wild-type. Perante a confirmação diagnóstica, deu-se início ao tratamento com tafamidis.

Discussão

O caso apresentado ilustra uma amiloidose cardíaca com apresentação em BAV completo. O estudo etiológico desta arritmia permitiu diagnosticar uma doença grave com potencial de tratamento numa fase precoce, permitindo uma melhoria da sobrevida e da qualidade de vida deste doente.

Quando a Diarreia Não é Apenas uma Diarreia: O Desafio da Giardíase em Idosos

**Daniela Diniz; Ana Lúcia Rosário; Mafalda Maria Santos; João Afonso; Mariana Leão;
Nuno Pinheiro; Rosa Amorim**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO OESTE, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A giardíase é uma infeção parasitária do trato gastrointestinal causada pelo protozoário *Giardia lamblia*. É transmitida principalmente através da ingestão de alimentos ou água contaminada e pode causar sintomas variados, desde diarreia leve a persistente e desidratação grave. É particularmente preocupante em doentes imunocomprometidos ou com múltiplas comorbilidades

Caso clínico

Apresentamos o caso de um homem de 74 anos, admitido por diarreia persistente e desidratação. Antecedentes pessoais: doença coronária, fibrilhação auricular paroxística, doença renal crónica, mieloma múltiplo e vasculite leucocitoclástica. A avaliação inicial revelou sinais de desidratação moderada, febre e hipotensão. As análises laboratoriais destacaram uma creatinina de 6.18 mg/dL, proteína C reativa (PCR) de 22.3 mg/dL e procalcitonina de 38.98 ng/mL. Após colheita de coproculturas e exame parasitológico de fezes, iniciou empiricamente ciprofloxacina. Posteriormente, pela evidência de trofozoítos de *Giardia lamblia* nas fezes, foi efetuado um switch para metronidazol. Foi necessária fluidoterapia e monitorização rigorosa da função renal. O doente apresentou uma evolução clínica favorável, com resolução progressiva da sintomatologia e estabilização dos parâmetros laboratoriais.

Conclusão

Este caso destaca a necessidade de considerar parasitoses intestinais como causa potencial de diarreia subaguda em doentes idosos, especialmente naqueles com imunossupressão ou múltiplas comorbilidades. A suspeição clínica precoce e a intervenção terapêutica adequada são fundamentais para melhorar a abordagem terapêutica e prognóstico em doentes vulneráveis.

Quando o Herpes Genital Complica: Meningite por HSV-2 em Imunocompetente

Daniela Diniz; Ana Lúcia Rosário; Mafalda Maria Santos; João Afonso; Mariana Leão; Nuno Pinheiro; Rosa Amorim

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO OESTE, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

O vírus herpes simplex tipo 2 (HSV-2) é transmitido através do contato genital. Embora possa provocar úlceras genitais frequentes, sintomáticas e autolimitadas, na maioria dos casos a infeção é subclínica. As infeções do sistema nervoso central (SNC) causadas pelo HSV-2 são menos frequentemente diagnosticadas do que as causadas pelo HSV-1, sobretudo em indivíduos imunocompetentes. A meningite por HSV-2 pode ocorrer tanto por infeção primária quanto por reativação de uma infeção latente.

História clínica

Apresenta-se o caso clínico de uma jovem de 22 anos que recorre ao serviço de urgência por cefaleia intensa e vômitos. Como antecedentes pessoais a relevar, quadro inaugural de herpes genital na semana anterior. Ao exame objetivo, encontrava-se apirética, sem défices focais ao exame neurológico, sem exantemas, mas apresentava rigidez da nuca. Realizou punção lombar com Líquido cefalorraquídeo com raros eritrócitos; Leucócitos 740 (predomínio mononucleares), glicose 49 mg/dL, proteínas 164 mg/dL, cloro 125 mg/dL, HSV-2 detetado. Adicionalmente, a ressonância magnética crânio encefálica mostrou discretas áreas de captação de contraste a nível da superfície pial do córtex em ambos os hemisférios cerebrais e realce de contraste em alguns sulcos corticais, compatível com processo de meningite, evidência de envolvimento do parênquima cerebral nem sinais de encefalite. Pelo quadro apresentado, iniciou-se terapêutica com Aciclovir EV, com progressiva melhoria clínica. Após 16 dias de tratamento, ocorreu resolução do quadro com pesquisa de HSV2 no LCR negativo.

Conclusão

A meningite viral por HSV-2, embora rara em indivíduos imunocompetentes, deve ser considerada em jovens com história recente de herpes genital e sintomas neurológicos. O diagnóstico e tratamento precoce são fundamentais para um prognóstico favorável.

Síndrome de VEXAS - Uma entidade a não esquecer

Catarina Filipa Dos Santos Reis; Ana Filipa Lopes; Rita Pratas; Edite Pereira; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A síndrome VEXAS (vacúolos, enzima E1, cromossoma X, autoinflamação, mutação somática) ocorre mais frequentemente em homens, idade > 50 anos, com citopenias, febre ou sintomas constitucionais. A natureza inflamatória e multissistémica desta patologia representa uma dificuldade acrescida no seu diagnóstico e tratamento, cursando com elevada morbimortalidade.

Caso Clínico

Homem de 79 anos, caucasiano, antecedentes relevantes de hipertensão arterial e dislipidemia. Referenciado à Consulta de Medicina Interna por astenia intensa, anorexia e lesões cutâneas papulares no tronco, membros inferiores e cavidade oral com 1 ano de evolução. Analiticamente com anemia macrocítica (Hb 10.8 g/dL), leucopenia 3.630/uL, PCR 5.8 g/dL e VS 82 mm/h. Imunofenotipagem de sangue periférico a revelar população monoclonal sugestiva de pequeno clone de LLC. Realizou TC de corpo seguido de PET-CT com vários espessamentos cutâneos dispersos a carecer de esclarecimento etiológico. Avaliação por Dermatologia com quadro sugestivo de Síndrome de Sweet com pseudovesiculação, tendo iniciado corticoterapia sistémica e tópica. Progrediu estudo com biópsia de pele cuja histologia revelou dermatite granulocítica, sem evidência de vasculite ou doença linfoproliferativa. Realizou biópsia medul sugestiva de síndrome mielodisplásico, com vacuolização de precursores mieloides e eritroides. Agravamento progressivo de anemia com necessidade transfusional regular, com desenvolvimento de pancitopenia, tendo sido avaliado por Hematologia e iniciada terapêutica com EPO (sem resposta) seguida de 3 tomas de tocilizumab. Em reunião de grupo multidisciplinar decidiu início de terapêutica com azacitidina, com melhoria paulatina das lesões cutâneas e recuperação hematológica parcial. A azacitidina permitiu a redução progressiva de corticoesteróides.

Conclusão

A síndrome VEXAS é uma entidade recente e que requer um elevado grau de suspeição clínica. Pode mimetizar vários distúrbios inflamatórios, mais comumente policondrite recidivante, vasculite e síndrome de Sweet. A maioria dos estudos apresenta limitações, encontrando-se ainda por definir as melhores estratégias terapêuticas.

Anamnese Detalhada, Etiologia Identificada

Joana Moreira de Magalhães¹; Sofia Luna²; Lúcia Carreira-Marques²; Andreia Maria Cruz²; Diana Marinho da Silva Mendes Oliveira²; Jorge Almeida²

¹ CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO, EPE

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças hematológicas

O défice de Vitamina B12 associa-se a sintomas inespecíficos e pode, no mundo ocidental relacionar-se com um défice nutricional paradoxal.

Homem, 65 anos. Antecedentes de litíase vesicular, já submetido a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica, Diabetes *mellitus* tipo 2 sem lesões de órgão alvo e dislipidemia. Da medicação habitual destaca-se metformina 1000mg id; consumo etílico de cerca de 53g/dia; dieta pouco variada e equilibrada, negando dieta vegetariana/vegan. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por dispneia para grandes esforços com um ano de evolução e agravamento progressivo, sobretudo nos últimos 2 meses. Sem perdas hemáticas ou edema dos membros inferiores. Sem sintomas constitucionais, nomeadamente febre, perda ponderal ou anorexia.

Ao exame objetivo no SU, a destacar palidez mucocutânea e icterícia, sem outras alterações de relevo. Estudo analítico: pancitopenia com Hb de 5.7 g/dL, macrocítica (127 fL), plaquetas 77 000; esfregaço de sangue periférico com presença de dacriócitos e esquizócitos; hiperbilirrubinemia à custa da bilirrubina indireta; DHL elevada (1 073 U/L); haptoglobina diminuída (< 7 mg/dL); prova de Coombs negativa. Adicionalmente, tinha défice grave de vitamina B12 (< 83 pg/mL).

Iniciou suplementação diária com cianocobalamina 1mg por via intramuscular e ácido fólico 5mg, e ficou internado. Do restante estudo complementar, destaca-se anticorpo anti células parietais duvidoso, anticorpo anti fator intrínseco negativo, serologias negativas para infeção recente (Vírus Epstein Barr, Citomegalovírus e Vírus Herpes Simples Tipo 1) e pesquisa de anticorpos de *Treponema Pallidum* negativa; endoscopia digestiva alta a mostrar padrão atrófico com pesquisa de *Helicobacter Pylori* em curso; ecografia abdominal a revelar hepatomegalia (17,3 cm), fígado com contornos lobulados e irregulares e parênquima discretamente heterogéneo, e esplenomegalia (14,3 cm de eixo bipolar) homogénea.

Apresentou melhoria clínica da astenia e recuperação das linhagens, Hb de 8.6g/dL, plaquetas de 365 000 e DHL nas 453 U/L.

O presente caso mostra a importância da anamnese, nomeadamente, da medicação habitual, dos hábitos alimentares e alcoólicos na integração dos dados clínicos de um doente para melhor chegar a um diagnóstico etiológico.

Diagnóstico Tardio de Défice de Alfa-1 Antitripsina em doente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

Inês Nóbrega; Carolina Carreiro; Liliana Santos; Diana Marques; Inês Santos

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, EPE / HOSPITAL DE SANTA MARIA

Tema: Doenças respiratórias

O défice de alfa-1 antitripsina (AAT) é uma doença genética rara com apresentação clínica heterogénea, manifestando-se como doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), particularmente enfisema panacinar, e doença hepática crónica (DHC). O enfisema pulmonar deve-se ao efeito exagerado da elastase sobre o parênquima pulmonar na ausência de inibição adequada pela AAT. A acumulação destas proteínas disfuncionais nos hepatócitos leva a lesão hepática progressiva.

Apresenta-se neste caso clínico uma doente do sexo feminino de 87 anos, com antecedentes pessoais relevantes de DPOC por infeções respiratórias de repetição.

A doente foi avaliada no Serviço de Urgência por dificuldade respiratória com início súbito, com diagnóstico de tromboembolismo pulmonar e pneumonia associada aos cuidados de saúde. Ao exame objetivo, apresentava-se dispneica e com sinais de ascite volumosa. Foi submetida a paracentese diagnóstica e evacuadora, com drenagem de 6 litros de líquido ascítico, com características compatíveis de transudado, sem critérios de peritonite bacteriana espontânea e pesquisa de células neoplásicas negativa.

Para estudo complementar da ascite, realizou tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica, com evidência de hipertrofia hepática de contornos bosselados, indiciando DHC. Realizou estudo etiológico alargado, tendo sido identificado défice de AAT (71 mg/dL). O estudo genético confirmou o diagnóstico com deteção de uma variante do gene SERPINA1 em heterozigotia. Após estabilidade clínica, teve alta com seguimento multidisciplinar na monitorização e otimização de terapêuticas.

Este caso visa sensibilizar sobre a importância do rastreio precoce do défice de AAT em pacientes com DPOC e doenças hepáticas de causa indeterminada, por ser uma condição frequentemente subdiagnosticada que afeta a qualidade de vida e prognóstico do doente

Fasceíte Eosinofílica - um desafio terapêutico

Miguel Fidalgo; Mariana Sant'ana; Gonçalo Carneiro; Andreia Teixeira; José Luís Brandão; Mariana Formigo; João Gonçalves; Rita Costa; Mónica Teixeira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ENTRE DOURO E VOUGA

Tema: Doenças raras

Introdução

A fasceíte eosinofílica é uma doença rara, de etiologia desconhecida, que se manifesta com aparecimento de tecido fibrótico em todo o tecido conjuntivo, sobretudo a nível do tecido celular subcutâneo e da fáscia, e se acompanha de eosinofilia periférica. A apresentação clínica é variável, mas manifesta-se mais frequentemente como eritema, edema e espessamento cutâneo nas regiões distais dos membros e, mais raramente, na parte anterior do pescoço e tronco. O diagnóstico realiza-se por biópsia da fáscia, envolvendo pele, fáscia e a superfície muscular. A corticoterapia em alta dose é a base do tratamento, havendo necessidade de introduzir outros agentes imunossuppressores nos casos mais graves.

Caso Clínico

Homem de 48 anos, encaminhado para a consulta por edema do membro superior direito e membros inferiores com 2 meses de evolução, associado a xerose cutânea. Ao exame objetivo, com edema e espessamento cutâneo das superfícies extensoras dos membros superiores e inferiores; pele no tronco e membro superior direito com aspeto “casca de laranja” e sinal do sulco. Analiticamente, síndrome inflamatória sistémica, hipereosinofilia $3.44/\mu\text{L}$, hipergamaglobulinemia. Biópsia da fáscia com acentuada fibroesclerose do tecido subcutâneo. Iniciada corticoterapia em alta dose, sem resposta clínica adequada aos 2 meses, pelo que se alterou associou metotrexato e, posteriormente, azatioprina. Mantém acompanhamento sobreposto com Dermatologia, estando proposto para fototerapia.

Discussão

Os autores apresentam este caso pela sua raridade, pela sua clínica exuberante e refratária à corticoterapia. Os dados e conhecimentos acerca desta patologia provêm, sobretudo, de um número relativamente pequeno de casos clínicos, não havendo um consenso em termos de abordagem terapêutica.

PACEMAKER NA PREVENÇÃO DE QUEDAS – um caso de síndrome do seio carotídeo

Daniela Ormonde; Ricardo Ferreira; Jorge Almeida; Inês Albuquerque

CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

A síndrome do seio carotídeo causa apenas cerca de 1% de todas as síncope. Atinge sobretudo homens idosos, constituindo, neste grupo, um diagnóstico diferencial em situação de quedas inexplicadas.

Caso clínico

Homem, 96 anos, com história de tabagismo prévio, dislipidemia, hipertensão com ligeira hipertrofia do septo interventricular, estenose carotídea interna esquerda, sem significado hemodinâmico. Ainda, tonturas, desequilíbrio e quedas repetidas desde há um ano e meio, em agravamento, sem suspeita de patologia central por Neurologia, com Otorrinolaringologia (ORL) a levantar hipótese de patologia vestibular bilateral. Iniciou betahistina, sem alívio. Trazido ao Serviço de Urgência por tontura e queda, sem perda de consciência, com traumatismo cranioencefálico, e dor abdominal difusa. Objetivada dor à palpação profunda dos quadrantes superiores. Realizou tomografia axial computadorizada cranioencefálica sem alterações agudas. Diagnosticou-se infeção do trato urinário não obstrutiva, com lesão renal aguda associada e foi admitido em enfermaria de medicina, com célere resolução do quadro. Durante o internamento, sobressaiu persistência de tontura e desequilíbrio, com incapacidade de marcha autónoma, sem resposta a suspensão de antihipertensores, clemastina endovenosa e com teste de hipotensão ortostática negativo. Foi reavaliado por ORL que excluiu vertigem posicional paroxística benigna. Teve alta com pedido de teste TILT, realizado em ambulatório e que foi negativo. Destaca-se, contudo, síncope com pausa de 7.3 segundos consequente a massagem do seio carotídeo esquerdo. Foi, assim, encaminhado para consulta de arritmologia, onde, por persistência sintomática com limitação funcional, apesar da ausência de risco significativo de morte súbita, se decidiu por implantação de pacemaker, com melhoria posterior das queixas.

Conclusão

O caso apresentado põe em evidência o papel singular do internista que, por via da anamnese e exame objetivo detalhados, e de perseverança na marcha diagnóstica, contribui de forma crucial para a melhoria da qualidade de vida dos doentes.

Sarcoidose Cutânea com Envolvimento Multissistêmico

Inês Nóbrega; Liliana Santos; Carolina Carreiro; Diana Marques; Inês Santos

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, EPE / HOSPITAL DE SANTA MARIA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A sarcoidose é uma doença inflamatória multissistêmica de etiologia desconhecida, caracterizada pela formação de granulomas não caseosos em múltiplos órgãos. A apresentação clínica da sarcoidose é extremamente variável, desde assintomáticos até formas graves com comprometimento progressivo de órgãos.

Apresenta-se um homem de 49 anos com uma lesão dolorosa na perna esquerda com semanas de evolução, sem outros sintomas associados. O exame físico revelou uma placa eritematosa infiltrada, de contornos bem definidos, localizada na face anterior da coxa e região do joelho esquerdo, de superfície lisa e indurada à palpação, sem descamação ou sinais de ulceração. Foi realizada biópsia cutânea desta lesão, cujo exame histológico revelou derme superficial e intermédia extensamente ocupada por numerosas granulomas epitelióides não necrotizantes, com moderado infiltrado inflamatório linfocítico periférico. Dos exames laboratoriais destacam-se níveis elevados da enzima conversora da angiotensina e défice de folatos. A avaliação imunológica foi negativa. TC de tórax mostrou múltiplos micronódulos pulmonares e adenopatias peritrapeais. Estes achados foram compatíveis com sarcoidose. A espirometria mostrou mecânica ventilatória basal normal e o ecocardiograma transtorácico mostrou função cardíaca dentro da normalidade. Diante do quadro clínico e dos achados complementares, foi estabelecido o diagnóstico de sarcoidose com envolvimento multiorgânico. O paciente iniciou corticoterapia oral com prednisolona, hidroxicloroquina e suplementação com ácido fólico, mostrando melhoria da lesão cutânea e mantendo-se assintomático.

Este caso demonstra a diversidade de apresentação da sarcoidose e relevância do reconhecimento de lesões cutâneas como pista diagnóstica inicial. A investigação precoce e o reconhecimento de manifestações extrapulmonares são fundamentais para instituir terapêutica eficaz e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Micobacterium Shimoidei – um caso de micobacteriose atípica

Daniel Veiga¹; Pedro Santos²; Baltazar Oliveira²; Carolina Cardoso²; David Furtado²; Mariana Alves²; Beatriz Lopes²; Marta Amaro²; Volodymyr Nagirnyak²; Anna Knoch²; Cátia Gorgulho²; Isabel Martins²

¹ CHMT HOSPITAL DE TOMAR

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

As micobacterioses atípicas podem manifestar-se de diversas formas, entre as quais, infeção pulmonar, cutânea, linfadenite e infeção disseminada. A *Micobacterium Shimoidei* trata-se de uma micobactéria não tuberculosa que condiciona um quadro clínico semelhante à tuberculose. Apesar de ser uma entidade rara, têm-se verificado casos em todo o mundo.

Descreve-se o caso de uma senhora de 63 anos, com antecedentes relevantes de tabagismo no passado e bronquiectasias sem etiologia definida, que há cerca de 8 anos iniciou um quadro de tosse produtiva, astenia e cansaço para esforços de agravamento progressivos associados a emagrecimento gradual (10 quilogramas). Nessa altura, no âmbito de consulta de Pneumologia, foi requisitada TC-Torax (tomografia computadorizada) que documentou “micronodulação de tipo “tree-in-bud” e áreas de densificação parenquimatosa mal definidas de provável natureza infecciosa.” Cerca de 4 anos mais tarde repetiu TC-Torax a documentar aparecimento de lesões cavitadas e agravamento das restantes lesões. Foi sugerida punção por biópsia que a utente recusou. Há cerca de 1 ano foi referenciada novamente à consulta de Pneumologia por agravamento clínico e imagiológico, consentindo na realização de broncofibroscopia, cuja cultura do lavado broncoalveolar positivou para *Micobacterium Shimoidei*. Após avaliação por Infeciologia iniciou terapêutica anti-tuberculostática quádrupla que cumpriu durante 2 meses em internamento. Na reavaliação constatou-se melhoria clínica com aumento de peso, ficando com a indicação para manter a antibioterapia no domicílio durante um ano.

A Micobacteriose por *Micobacterium Shimoidei* trata-se de uma entidade rara, consumptiva e, por vezes, silenciosa, que se caracteriza por lesões do parênquima pulmonar, em particular lesões cavitadas. As condições mais associadas são doença pulmonar obstrutiva crónica, bronquiectasias, doença do refluxo gastrintestinal e má nutrição. O diagnóstico deve ser precoce e o tratamento prolongado com vista a minimizar as sequelas condicionadas por esta patologia.

Um caso de tuberculose miliar disseminada num doente com mieloma múltiplo

Rita Ribeiro Vilar; Rita Dutschmann; Joana Batista Paulo; Jéssica Oliveira; Luísa Martinho Marques

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE AMADORA/SINTRA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

O mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia hematológica caracterizada pela proliferação de plasmócitos produtores de imunoglobulina monoclonal, levando a lesões osteolíticas, insuficiência renal, hipercalcemia, anemia e infeções recorrentes. A tuberculose miliar (TM) corresponde à infeção e disseminação hematogénica do *Mycobacterium tuberculosis*, para múltiplos órgãos, nomeadamente, pulmões, gânglios linfáticos, osso, fígado e sistema nervoso central (SNC). Em doentes com MM, o risco de TM é elevado porque a imunidade celular comprometida facilita a disseminação da infeção primária ou a reativação de focos latentes.

Caso-clínico

Homem de 49 anos, sem antecedentes médicos relevantes, recorreu ao serviço de urgência por desequilíbrio na marcha, desorientação temporo-espacial e alterações visuais. Ao exame físico, estava hipertenso (TA 191/101 mmHg), febril, com desorientação parcial e marcha de base alargada. Analiticamente, destacou-se anemia normocítica, ferropenia e pico monoclonal IgA Kappa.

A TC craniana revelou uma lesão expansiva frontal com edema cerebral. A TC toraco-abdomino-pélvica (TAP) mostrou adenomegalias mediastínicas, granulomas pulmonares, nódulos hepáticos e lesões osteolíticas. A biópsia óssea confirmou o diagnóstico de MM.

A PCR urinária positiva para *Mycobacterium tuberculosis* e as lesões da TC craniana e TAP levantaram a suspeita de TM com disseminação para o SNC posteriormente confirmada por RM cerebral, que evidenciou lesões nodulares de padrão miliar. O doente iniciou tratamento com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol, associado a corticoterapia devido ao edema cerebral.

Discussão

Este caso destaca a complexidade diagnóstica da TM em doentes com MM. A suspeita inicial foi MM devido às lesões ósseas e ao pico monoclonal, mas o envolvimento do SNC e a PCR positiva permitiram o diagnóstico concomitante de TM. Desta forma é essencial um elevado nível de suspeição para infeções oportunistas em doentes imunocomprometidos.

Abcesso hepático: uma surpresa indesejada pós-colonoscopia

Tiago Silveira Rosa; Diana Mimoso; Carolina Queijo; Monique Alves; Cátia Cunha Ribeiro; Ana Governo Ribeiro; Pedro Eliseu; Ana Maria Carvalho; Pedro Sá Almeida; Rita Magalhães; Cristiana Sousa; Fernando Salvador

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Introdução

Os abscessos hepáticos representam metade dos abscessos viscerais e 13% dos abscessos intra-abdominais, com uma incidência anual de 2,3 casos por 100.000 pessoas, afetando 2.5 vezes mais homens. Os fatores de risco incluem diabetes mellitus, doença hepatobiliar ou pancreática subjacente, transplante de fígado e uso regular de inibidores da bomba de protões. Manifesta-se clinicamente com febre, dor abdominal, náusea, vômito, anorexia, perda de peso e mal-estar.

Caso Clínico

Doente do sexo masculino, 77 anos, autónomo, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, excesso de peso, esteatose hepática difusa e hábitos alcoólicos marcados há mais de 10 anos. Recorre ao SU por quadro com 6 dias de evolução de recusa alimentar, calafrios, hipersudorese e mal-estar geral iniciado após a realização de colonoscopia de “rotina” com polipectomia. Apresenta-se sudorético, febril e com padrão analítico de citocolestase. Como parte do estudo completar realizou tomografia abdominal que revelou lesão hepática quística de 8 cm, complexa, de paredes espessas e septos captantes e colecção subhepática. Foram colocados 2 drenos ecoguiados e realizou antibioterapia com levofloxacina + metronidazol durante 6 semanas, com resolução do quadro.

Discussão e Conclusão

O abscesso hepático é uma patologia letal em 2-12% dos casos, especialmente no sexo feminino, e perante infecção por enterococos, carcinoma, insuficiência hepática ou necessidade de drenagem cirúrgica. A rutura do abscesso é uma complicação rara, principalmente perante abscesso >6cm ou cirrose. No caso abordado, a drenagem e antibioterapia atempadas preveniram o desfecho desfavorável.

Síndrome Platipneia-Ortodeoxia: um caso clínico

Cátia Henriques¹; Luís Veiga²; Sara Vasconcelos¹; Mário Gil Fontoura¹; José Luís Brandão¹; Rita Maciel¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ENTRE DOURO E VOUGA

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA PÓVOA DE VARZIM/VILA DO CONDE

Tema: Doenças cardiovasculares

A síndrome de platipneia-ortodeoxia é uma condição clínica rara, caracterizada por dispneia em ortostatismo associado a dessaturação, que resolve em decúbito dorsal. Relativamente a etiologias, esta pode ser intracardíaca, extra-cardíaca ou mista. A patência de foramen ovale é uma das causas possíveis.

Apresenta-se o caso clínico de uma mulher de 56 anos com antecedentes de hipertensão arterial, psoríase e tiroidite autoimune, medicada habitualmente com losartan e hidroclorotiazida, metotrexato e levotiroxina.

Avaliada na Unidade de Ambulatório de Medicina Interna por citólise hepática. Ao exame objetivo constatada saturação periférica de O₂ de 100% em decúbito dorsal e 84% em ortostatismo (confirmada com gasimetria arterial, com PaO₂ 81 mmHg em decúbito e PaO₂ 58 mmHg em ortostatismo). Foi internada no Serviço de Medicina Interna para estudo. Realizou tomografia computadorizada de tórax com angiografia, que excluiu tromboembolismo pulmonar. Realizou Ecocardiograma transtorácico com solução salina agitada (*bubble test*) sugestivo de foramen ovale patente (FOP), tendo realizado posteriormente ecocardiograma transesofágico que confirmou shunt direito-esquerdo através de foramen ovale patente de grandes dimensões e com movimento aneurismático.

A doente foi submetida ao encerramento do foramen ovale patente, com total resolução da ortodeoxia. Relativamente à citólise hepática, concluiu-se toxicidade ao metotrexato (normalização da enzimologia com suspensão do mesmo).

Este caso ilustra a importância de uma avaliação clínica e gasimétrica nas diferentes posições (ortostatismo e decúbito dorsal) de forma a realizar um diagnóstico seguro de uma síndrome complexa e rara, bem como a importância do ecocardiograma para esclarecimento do diagnóstico. A correção do FOP permitiu a resolução total do quadro clínico.

Síndrome de Goodpasture: Um Diagnóstico Desafiante em Medicina Interna

Miguel Rodrigues; Francisca Fonseca; Elsa Soares; Diana Pedreira; Karina Soto; Ermelinda Pedroso

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA ARRÁBIDA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A Síndrome de Goodpasture, ou vasculite anti-membrana basal glomerular, é uma doença autoimune rara caracterizada pela presença de anticorpos dirigidos contra a membrana basal glomerular, resultando em lesão renal grave e, frequentemente, hemorragia alveolar. Representando apenas 1 a 5% das glomerulonefrites, pode manifestar-se de forma crítica no doente agudo, exigindo diagnóstico e intervenção precoces.

Caso Clínico

Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino, 66 anos, encaminhada ao Serviço de Urgência pelo Centro de Saúde por uma flictena na região maleolar externa da perna esquerda. A lesão foi drenada, sendo prescritos flucloxacilina e ibuprofeno. Duas semanas depois, a doente regressou com dor e edema maleolar no mesmo membro. O estudo analítico revelou lesão renal aguda grave, acidose metabólica e hipercalcémia. Admitida lesão renal aguda pós-infeciosa versus iatrogénica por flucloxacilina, foi submetida a estudo imunológico, que revelou anticorpos anti-MBG significativamente elevados (105,0 U/mL), estabelecendo o diagnóstico de Síndrome de Goodpasture.

Dada a gravidade do quadro, foi iniciado tratamento com hemodiálise, plasmaferese e corticoterapia sistémica, após a colocação de um cateter venoso central na veia jugular interna direita. Observou-se melhoria progressiva da função renal e do estado clínico, permitindo a alta hospitalar com seguimento programado em consulta de Hospital de Dia de Nefrologia.

Discussão

Este caso sublinha a importância da investigação do diagnóstico diferencial em Medicina Interna. A relação temporal entre alterações terapêuticas e o início de sintomatologia pode levar a hipóteses diagnósticas iniciais erróneas, atrasando a abordagem adequada. A Síndrome de Goodpasture deve ser considerada em doentes com lesão renal aguda e achados imunológicos compatíveis, sendo fundamental um reconhecimento precoce para otimizar o prognóstico.

Quando a Anemia Tem uma Causa Rara: Hemoglobinúria Paroxística Noturna

Ana Raquel Figueiredo; Sara Sá; Sara Ferreira; João Lopes; Rita Pêra; Cristiana Batouxas; Filipa Rodrigues; Miriam Blanco

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A hemoglobinúria paroxística noturna (HPN) é um distúrbio hematológico adquirido e raro, caracterizado por hemólise intravascular e episódios de hemoglobinúria. Frequentemente: leucopenia e trombocitopenia e risco aumentado de trombozes arteriais e venosas. A citometria de fluxo dá o diagnóstico, e o tratamento passa por inibidores de complemento.

Caso clínico

Feminino, 39 anos, autónoma. Antecedentes: anemia ferropénica com necessidade de suplementação endovenosa. Medicação: contraceção oral. Hábitos tabágicos. Dois meses após o diagnóstico de anemia iniciou quadro de colúria, sem outros sinais ou sintomas. Recorreu ao serviço de urgência e ao exame objetivo destacava-se palidez da pele e mucosas e escleras ligeiramente ictéricas. Do estudo realizado: Hemoglobina 7.4, VGM 122, neutropenia e linfopenia, coagulação e ionograma sem alterações, TGP 37 e TGO 157, hiperbilirubinémia mista, LDH 3987 e PCR 0.15, teste antiglobulina direto e indireto negativos; urina II positiva para proteínas e eritrócitos; e antígeno positivo para Influenza B. Discussão com Imunohemoterapia e assumida atitude expectante relativamente à transfusão. Ficou internada com hipótese diagnóstica de anemia hemolítica (Hemólise intravascular secundária a infeção vs HPN). Internamento sem intercorrências com melhoria gradual dos parâmetros analíticos. O resultado da citometria de fluxo confirmou o diagnóstico de HPN. Foi encaminhada para a consulta de Hematologia onde mantém vigilância. Até ao momento sem necessidade de iniciar tratamento dirigido; apenas suplementação de ácido fólico. Contudo tanto o uso de inibidores do complemento como a necessidade de hipocoagulação são possibilidades a considerar segundo necessidade.

Discussão

O caso reforça a importância de uma avaliação hematológica criteriosa diante de anemias de causa indeterminada, especialmente as associadas a sinais de hemólise. O acompanhamento regular e a individualização do tratamento são essenciais para o prognóstico e a prevenção de complicações, como eventos trombóticos e insuficiência medular.

Um Cushing incomum

António Leão; Telma Matias; Lourenço Aguiar; Joana Araújo Correia; Vilma Laís Grilo; Ana Luísa Broa

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

O hipercortisolismo caracteriza-se por sinais/sintomas como obesidade central e da face, equimoses, alterações metabólicas como hiperglicemia, hipocaliemia e ainda hipertensão secundária. Pode dividir-se em ACTH dependente como nos adenomas da hipófise ou, menos comum, a produção ectópica de ACTH ou por produção de cortisol independente da ACTH, como nos adenomas supra-renais.

Trata-se de mulher de 65 anos, autónoma, com hipertensão arterial e diabetes mellitus, ambos com diagnóstico recente. Recorreu ao SU por quadro de com 3 semanas de evolução de astenia, mal estar generalizado, tonturas, desequilíbrio na marcha e edema generalizado mas predominantemente da face e peri-orbitário.

Dos exames realizados destacava-se hipocaliemia de 1,9mg/dL e hiperglicemia.

Internada para estudo de hipocaliemia, realizado oseamento de cortisol sérico aumentado . Adicionalmente, doseamento do cortisol salivar noturno, do cortisol urinário 24 horas e da ACTH, também aumentados, estabelecendo assim o diagnóstico de hipercortisolismo ACTH dependente. Iniciou terapêutica com metirapona e verificou-se melhoria progressiva. Realizou RM-CE e da sela turca que revelou microadenoma da hipófise, não funcionante com indicação para vigilância. Para exclusão de produção ectópica de ACTH realizou TC, onde se identificou a presença de nódulo na cabeça do pâncreas sugestivo de tumor. Face a este achado realizou PET que evidenciou a presença de lesões, suspeitas de etiologia maligna, localizadas na cabeça do pâncreas, em sede ganglionar (2 gânglios abdominais) e lesão única hepática.

Fez RMN abdominal que revelou tumor neuroendócrino da cabeça do pâncreas com envolvimento secundário hepático. Realizou biópsia, sendo o exame histológico compatível com tumor neuroendócrino bem diferenciado, produtor de ACTH.

Este caso trata uma causa rara de S. Cushing com produção ectópica por tumor neuroendócrino e demonstra o envolvimento multissistémico desta síndrome e o desafio diagnóstico que representa.

Procurar mais fundo: Um caso de hiperparatireoidismo primário com adenoma ectópico

Francisco Ferrer Antunes; Simão Gaspar; Diogo Lameirão; Carlos Silva; Lèlita Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A presença de glândulas paratireoides ectópicas ocorre em cerca de 16% dos doentes operados por hiperparatireoidismo e representa um desafio tanto diagnóstico como cirúrgico.

Caso Clínico

Reporta-se o caso de uma doente do sexo feminino, 78 anos, que se apresentava com alteração fluctuante do estado de consciência e períodos de desorientação, com hipercalcémia crónica. Tinha diagnóstico de hiperparatireoidismo primário em 2007 por cintigrafia com ^{99m}Tc-Sestamibi a sugerir adenoma no polo inferior direito hiperfuncionante discordante com ecografia que apenas visualizava paratireoide esquerda. Por esse motivo foi submetida a excisão parcial dos polos inferiores de ambos os lobos da tiroide e paratireoidectomia inferior esquerda em 2008 (não sendo identificada paratireoide inferior direita). Por manter alterações sugestivas de hiperparatireoidismo primário repetiu cintigrafia em 2015 que revelou manutenção de foco hipercaptante no polo inferior da tiroide restante. Houve perda de seguimento até nova observação em contexto de urgência em dezembro de 2024 onde foi pedida repetição da cintigrafia por manter clínica e alterações analíticas. Neste exame foi incorporado o estudo SPECT/CT que revelou massa mediastínica hipercaptante com 43mm de diâmetro longitudinal, localizada posteriormente à traqueia, anteriormente aos corpos vertebrais de T1 a T3 e posterolateralmente à direita do esófago sugestiva de paratireoide hiperfuncionante ectópica. Foi orientada para avaliação por cirurgia.

Conclusão

Este caso ilustra como a incorporação do SPECT/CT no estudo pré-operatório representa uma mais valia na eficácia diagnóstica e no planeamento cirúrgico do hiperparatireoidismo primário.

Leucemia Promielocítica Aguda: Uma Emergência Hematológica

Daniel Lima Alves¹; Ana Catarina Carvoeiro¹; Madalena Martins Vale¹; Eduardo Viana²; Iara Fazenda¹; António Fernandes¹; Ana Frederica Parente¹; José Carvalho¹; Diana Guerra¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, EPE / HOSPITAL DE SANTA LUZIA

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A Leucemia Promielocítica Aguda (LPA) é um subtipo raro e agressivo da leucemia mieloide aguda, definida por mutações genéticas específicas, com proliferação descontrolada de células imaturas malignas, promielócitos. Na maioria dos casos, associa-se à fusão do gene PML com o gene RARA, t(15,17). Em 40% dos casos há progressão para coagulação intravascular disseminada (CID). A introdução de terapêuticas dirigidas e de forma precoce, como o ácido transretinóico (ATRA), alterou o seu prognóstico, proporcionando elevadas taxas de remissão e cura (90%).

Caso clínico

Homem, 53 anos com antecedentes de cardiopatia isquémica, fumador 30 UMA. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) com queixas de astenia, febre mantida, recrudescente após antipirético, perda ponderal involuntária de 12 kg (> 10% peso corporal) e hipersudorese noturna com dois meses de evolução. No SU, com temperatura auricular 39.5 °C, rash petequial nos membros inferiores. Analiticamente, com pancitopenia severa (Hb 7,5 g/dL; 12.000 plaquetas e 900 leucócitos; ao esfregaço de sangue periférico com 23% de células blásticas (12% promielócitos), LDH 269 U/L, PCR de 90 mg/dL, com elevação de D-Dímeros 15000 ng/mL, sem consumo de fibrinogénio. A TC toraco-abdomino-pélvica mostrou a presença de gânglios mediastínicos proeminentes. Atendendo ao diagnóstico presuntivo de LPA, transferido para Serviço de Hematologia. Realizado mielograma que mostrou 49.0 % de blastos, destacando-se 66% de promielócitos de morfologia atípica. À admissão, com critérios de CID, iniciado ATRA, com posterior evolução desfavorável.

Discussão

Com o caso, destaca-se a importância da suspeição clínica e do atempado diagnóstico de LPA na instituição precoce de terapêutica dirigida. Assim, salienta-se que perante LPA, emergência hematológica, o início do tratamento imediato, antes de confirmação citogenética ou molecular, constitui um aspeto imprescindível na diminuição da mortalidade associada à doença.

Quando adenopatias generalizadas são a chave para o diagnóstico de vasculite urticariforme

Daniela Filipa Dos Santos; Rita Pinto; Diogo Ferraro Junqueira; Filipa Cunha; Céu Rodrigues

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

As adenopatias, mais comumente associadas a doenças infecciosas, podem também associar-se a doenças autoimunes, neoplasias primárias ou metastáticas, ou fármacos.

Este caso relembra a importância da etiologia autoimune nas adenopatias generalizadas mesmo quando a idade do doente não as coloca no diagnóstico diferencial ad inicio, o que aqui resultou num estudo exaustivo de adenopatias reativas em contexto de vasculite urticariforme.

Caso clínico

Mulher, 40 anos, hipertensa, fumadora, com trombose venosa femuropoplíteia recente. Referenciada para consulta de Medicina Interna por adenopatias supra e infradiafragmáticas com posterior surgimento de lesões cutâneas pruriginosas, associadas a episódios de angioedema, que a doente relacionou com a terceira toma da vacina para SARS-Cov-2. Ao exame objetivo identificados gânglios cervicais à esquerda e axilares bilaterais de pequenas dimensões, móveis e indolores e lesões eritematosas exuberantes compatíveis com urticária no tronco e membros; sem hepatoesplenomegalia. Do estudo complementar: velocidade de sedimentação 8, consumo de C3, C4 e C1q, imunocomplexos circulantes positivos, anticorpos antinucleares negativos, Imunoglobulinas normais, serologias víricas negativas. A biopsia cutânea revelou lesões de vasculite, com focos de leucoclasia, sugestivo de vasculite urticariforme. PET com adenopatias cervicais e axilares bilaterais, mediastínicas, lombo-aórticas, ilíacas e inguinais bilaterais de natureza inespecífica. A histologia ganglionar revelou alterações de carácter reativo.

Conclusão

Assim, doente com urticária com mais de 6 meses de evolução, com angioedema, vasculite com focos leucoclásicos, hipocomplementemia, estabelecendo-se o diagnóstico de vasculite urticariforme hipocomplementémica. Iniciada corticoterapia com 0.5 mg/Kg/dia de prednisolona, com controlo sintomático, atualmente em redução progressiva. Relembramos assim da importância duma anamnese e exame físico cuidadosos, sem esquecer as alterações cutâneas que podem resultar da mesma entidade patológica.

A vasculite por IgA como causa de duodenite

Ana Constante; Francisco Belchior; Sofia Rodrigues Carvalho; Liliana Torres; Zélia Lopes; Lindora Pires

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO TÂMEGA E SOUSA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A vasculite gastrointestinal por IgA, em adultos, é uma inflamação dos pequenos vasos do trato digestivo geralmente associada à Púrpura de Henoch-Schönlein e pode causar dor abdominal, náuseas, diarreia ou hemorragia.

Caso Clínico

Homem de 46 anos com antecedentes de Espondilite Anquilosante. Recorre ao Serviço de Urgência por dor abdominal 9 em 10, tipo cólica, com 2 dias de evolução, associada a anorexia, febre e obstipação, sem tolerar via oral. Precedida de infeção respiratória das vias aéreas superiores em 2 semanas, medicado com deflazacorte. Objetivamente: vigil, SpO2 98%, Tax 38°C, dor à palpação dos quadrantes inferiores do abdómen, sem sinais de irritação peritoneal. Analiticamente, leucocitose 21300/mL e PCR 138g/dL. Realizou TC abdominal que mostrou espessamento difuso da parede de D3 e D4, densificação da gordura retroperitoneal a sugerir duodenite. Realizou EDA ainda em contexto de urgência que objetivou duodenite com alterações sugestivas de etiologia isquémica. No internamento foi excluída doença inflamatória intestinal. Manteve dor abdominal e iniciou artralguas simétricas dos cotovelos associadas a lesões petéquiais nas zonas de declive. Analiticamente, observaram-se níveis de IgA aumentados, sem consumo de complemento ou atingimento renal. Foi iniciada corticoterapia por suspeita de vasculite gastrointestinal por IgA. A biópsia intestinal confirmou o diagnóstico. Após instituição de terapêutica dirigida, doente com evolução clínica favorável. Teve alta ao 22º dia assintomático, com via oral recuperada.

Discussão

A vasculite gastrointestinal por IgA é uma manifestação rara em adultos e representou um desafio diagnóstico, sobretudo porque ocorre isoladamente, sem envolvimento cutâneo ou renal inicial. Este caso realça a importância do reconhecimento precoce da vasculite por IgA gastrointestinal em adultos, evitando atrasos no diagnóstico e garantindo uma abordagem terapêutica adequada.

Hipoglicemia como apresentação paraneoplásica de adenocarcinoma gástrico

Rafael Lopes Freitas; Nereida Monteiro; Inês Ferreira; Eduardo Viana; Cláudio Coelho; Carlos Rego Gonçalves; Ana Garrido Gomes

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

As hipoglicemias paraneoplásicas são uma manifestação rara de neoplasias malignas. A ressecção tumoral é curativa, no entanto esta abordagem nem sempre é possível, o que torna a sua abordagem farmacológica de difícil gestão.

As hipoglicemias resultam da secreção de fator de crescimento semelhante à insulina (IGF) e dos seus precursores.

Caso Clínico

Homem de 48 anos, previamente autónomo, com história de astenia, perda ponderal e dejeções tipo “borra de café” com 2 meses de evolução é trazido ao SU em contexto de síncope. No estudo subsequente é identificada anemia ferropénica com hemograma 6,7/dL tendo sido realizado suporte transfusional e decidido internamento para estudo subsequente.

A endoscopia digestiva alta demonstrou mucosa gástrica ulcerada e a biópsia confirmou adenocarcinoma gástrico tubular. O TC abdominal demonstrou metastização hepática, pulmonar e ganglionar.

Desde início do internamento evidenciados episódios de hipoglicemia, e por vezes grave ($<55\text{mg/dL}$) com resposta a glicose hipertónica, mas com recorrência no espaço de <6 horas. Neste contexto foi iniciada perfusão de soro glicosado 10% até 150mL/H. Apesar do controlo inicial com as medidas instituídas com recorrência de quadro após alguns dias com necessidade de iniciar corticoterapia sistémica (até equivalente de prednisolona 100mg/dia) e posteriormente octreotido 0,1mg 8/8H

O estudo dirigido a hipoglicemias revelou peptídeo C e insulina indoseáveis; com pesquisa de anticorpos anti-receptor de insulina e anti-insulina negativos. O doseamento de IGF-1 demonstrou-se reduzido (30ng/ml) assim como dos corpos cetónicos (0,20mg/dL) e glucagon (145 pg/mL). Esta padrão sugere hipersecreção de IGF-2, não tendo sido possível realizar o seu doseamento para confirmação

Por neoplasia já metastizada, sem abordagem cirúrgica, foi iniciada quimioterapia paliativa com cisplatina. Após o seu início, e apesar de ter contribuído para melhor controlo da síndrome paraneoplásica, incluindo as hipoglicemias, a evolução foi desfavorável, culminando no óbito.

Conclusão

O caso clínico representa o desafio diagnóstico e sobretudo terapêutico que são as hipoglicemias paraneoplásicas. O seu reconhecimento precoce pode orientar a investigação etiológica e otimizar a abordagem terapêutica ao doente oncológico.

Crise Miasténica: Um Caso de Urgência

Cláudia Sofia Ribeiro¹; Gonçalo V. Bonifácio²; Bruna Rodrigues Barbosa¹; Ana Catarina Ruivo¹; Francelino Ferreira¹; Martinho Fernandes¹; Ana Paula Pona¹

¹ HOSPITAL NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO - BARREIRO

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA ARRÁBIDA

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

A crise miasténica é uma exacerbação potencialmente fatal da miastenia gravis (MG), caracterizada por fraqueza muscular severa, com possível comprometimento das funções respiratória e bulbar.

Caso Clínico

Homem, 56 anos, com MG associada a timoma (operado há 3 meses), medicado com piridostigmina 60 mg 6/6h e ciclos mensais de imunoglobulina endovenosa (30g/dia, peso atual 85 Kg), último há 2 semanas.

Recorre ao serviço de urgência por agravamento progressivo de disfagia, disartria, visão turva e fraqueza generalizada nos últimos 4 dias.

Ao exame objetivo, com StO₂ 97% em AA, apresentava fadigabilidade generalizada, hipofonia, disartria, disfagia para líquidos, visão turva, superversão e pestanejo repetido fadigáveis, flexão cervical com força grau 4, sem ptose evidente nem oftalmoparesias.

Foram realizadas gasimetria arterial e radiografia do tórax, ambas sem alterações.

Iniciada prednisolona oral (60 mg/dia), mantida piridostigmina 60 mg 6/6h, e introduzida azatioprina 50 mg/dia. Foi transferido para uma unidade de nível superior de cuidados para monitorização rigorosa, permanecendo estável, sem comprometimento respiratório até à data de alta.

Discussão

Na crise miasténica, os corticoides são eficazes, embora possam inicialmente agravar a fraqueza muscular nos primeiros 5 a 10 dias, pelo que a vigilância apertada é fundamental. A azatioprina tem benefício a longo prazo.

Dado que fez ciclo de Ig EV recentemente (há 2 semanas) e o seu benefício durar entre 3 a 6 semanas, não foi adicionada terapêutica de resgate, pois considerou-se que ainda teria imunoglobulina em circulação.

O uso da piridostigmina requer atenção devido ao risco de aumento de secreções respiratórias.

Este caso demonstra a necessidade de diagnóstico precoce, terapêutica dirigida rapidamente e vigilância apertada pelo risco de falência respiratória.

Quando o tratamento é o problema: vasculite induzida por fármacos

Cláudia Sofia Ribeiro; Ana Catarina Ruivo; Bruna Rodrigues Barbosa; Inês Ferreira Maia; Duarte Claro; Francelino Ferreira; Ana Paula Pona; Martinho Fernandes

HOSPITAL NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO - BARREIRO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A vasculite cutânea de pequenos vasos resulta da deposição de complexos imunes, podendo ser desencadeada por infeções, neoplasias, doenças autoimunes ou fármacos. O diagnóstico precoce evita complicações, sendo fundamental identificar fármacos potencialmente envolvidos.

Caso Clínico

Homem, 71 anos, autónomo, com antecedentes de DPOC, hipertensão arterial e dislipidemia. Fazia como medicação habitual Budesonida + Formoterol + Brometo de glicopirrónio 160 ug + 5 ug + 7.2 ug, Losartan + Hidroclorotiazida, 100 mg + 12.5 mg, Perindopril 5 mg, Sinvastatina 20 mg, Pancreatina + Dimeticone 170 mg + 80 mg. Internado por exacerbação de DPOC secundária a gripe A, complicada por acidente isquémico transitório (AIT) durante o internamento. Iniciou dupla antiagregação (AAS 100 mg, clopidogrel 75 mg) e estatina em alta dose (rosuvastatina 20 mg). Adicionalmente, iniciou metamizol magnésio por lombalgia crónica. Onze dias após o episódio de AIT, surgiram lesões cutâneas tipo purpura palpável e petéquias nos antebraços, dorso e membros inferiores, que não desaparecem à digitopressão. Suspenderam-se clopidogrel e metamizol magnésio e iniciou-se metilprednisolona 40 mg, com resolução progressiva das lesões. A biópsia cutânea confirmou vasculite leucocitoclástica; os exames laboratoriais excluíram causas infecciosas ou autoimunes.

Discussão

Diversos medicamentos, incluindo clopidogrel e metamizol magnésio, podem induzir vasculite leucocitoclástica por reação de hipersensibilidade tipo III. A associação temporal (7 a 10 dias após exposição) reforça a suspeita medicamentosa. A identificação e suspensão precoce dos fármacos implicados é essencial para evitar complicações. O caso enfatiza a importância do reconhecimento precoce das manifestações dermatológicas de reações adversas a medicamentos, permitindo intervenção rápida, prevenindo recorrências e melhorando o prognóstico.

Tromboembolismo paradoxal em doente com acidente vascular cerebral cardioembólico

Tatiana Soares Correia; Rafael Terêncio; Sofia Guimarães; Mariana Sá; Francisca Abecasis

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

O tromboembolismo venoso paradoxal em doentes com foramen ovale patente é uma entidade rara mas não desprezível e que pode ter implicações terapêuticas importantes a curto e médio prazo.

Apresenta-se o caso de um homem de 67 anos, com história prévia de dislipidemia e acidente vascular transitório no passado para o qual nunca realizou estudo etiológico. Foi internado por acidente vascular isquémico minor cortico-justacortical temporal superior posterior direito agudo em doente já com evidência imagiológica de doença cérebro vascular com lesões lacunares à esquerda e enfarte cerebeloso antigo à esquerda. Do estudo etiológico documentou-se em ecocardiograma transtorácico suspeita de shunt espontâneo pelo que se progrediu marcha diagnóstica com ecocardiograma transesofágico que documentou forâmen ovale patente com critérios de alto risco. Realizou cintigrafia de ventilação perfusão que documentou tromboembolismo venoso com compromisso de cerca de 8% da perfusão pulmonar. Embora se tenha levantado a hipótese de embolia associada à imobilização e ao internamento, considerou-se não ter havido significativa imobilização e assumiu-se embolia paradoxal em doente com forâmen ovale patente, tendo iniciado anticoagulação terapêutica até ao seu encerramento. Apesar de pauci sintomático, o diagnóstico de embolia pulmonar neste doente foi significativo na decisão de anticoagulação terapêutica do mesmo.

O presente caso destaca-se pela relevância do diagnóstico de tromboembolismo venoso paradoxal em doente com acidente vascular isquémico cardio-embólico e alerta para a importância de pesquisa ativa de sinais e sintomas de embolia venosa nestes doentes.

Linfoma B difuso de grandes células com apresentação como tumefação inguinal

Inês Araújo Barbosa; Sara Fernandes; Rita Gouveia; Ana Ribeiro; Jorge Almeida

CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO, EPE

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

O Linfoma Difuso de Grandes Células B (LDGCB) é o subtipo histológico mais comum dos linfomas B Não-Hodgkin. Tem origem em células B maduras e pode resultar da transformação de linfomas de baixo grau. É mais frequente em homens e a idade média ao diagnóstico é de 64 anos. Apresenta-se como uma massa de crescimento rápido, geralmente a nível cervical ou abdominal. Em 30% dos doentes, surgem sintomas B associados.

Caso-clínico

Mulher de 77 anos, com antecedentes de cardiopatia isquémica, síndrome metabólico e osteoporose. Sem história familiar de neoplasias hematológicas. Foi orientada para o serviço de urgência e posterior internamento por tumefação inguinal esquerda com 6 meses de evolução de crescimento progressivo, a que se associava edema do membro inferior ipsilateral até à raiz da coxa. Queixas de anorexia, sem outros sintomas constitucionais. Do estudo efetuado com leucocitose $12.08 \times 10^9/L$, sem alterações da fórmula leucocitária ou das restantes linhagens; LDH 300U/L, ácido úrico 7.4mg/dL. Fez TAC TAP, destacando-se: "Adenomegalia ilíaco-obturadora esquerda de 33mmx18mm. Volumosa massa inguinal esquerda sólida e captante de contraste, medindo 12cmx11cmx11cm, envolvendo o rolo vasculonervoso inguinal, de aspeto agressivo, compatível com processo neoplásico eventualmente metástase ganglionar, a biopsar (...) Nódulo em vidro despolido no pulmão direito". Ecografia transvaginal sem neoformações anexiais, ováricas ou pélvicas. Pesquisa de DNA de *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis* negativa. Realizou biópsia aspirativa da lesão, cujo resultado anátomo-patológico foi compatível com LDGCB. Fez PET que mostrou ausência de envolvimento extranodal ou do sistema nervoso central. Iniciou tratamento com R-CHOP.

Discussão

Uma tumefação inguinal pode ser desvalorizada até aparecimento de outros sinais ou sintomas nomeadamente edema do membro inferior por compromisso da drenagem venosa e linfática. A celeridade no diagnóstico e tratamento podem ser determinantes.

Colite infecciosa por Citomegalovírus em doente imunocompetente

Marcos Gonçalves; Catarina Faustino; Marta Patacho; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A infeção por Citomegalovírus (CMV) em doentes imunocompetentes é geralmente assintomática, mas pode apresentar uma ampla gama de manifestações, sendo a colite uma das mais comuns. Diarreia, febre e dor abdominal são as suas apresentações mais frequentes, com evidência endoscópica de úlceras na mucosa cólica e identificação de inclusões citomegálicas no estudo anatomopatológico.

Caso Clínico

Homem, 73 anos, sem antecedentes pessoais de relevo ou de imunossupressão, internado no serviço de medicina interna por choque séptico com ponto de partida em gastroenterite aguda, com resolução do quadro após 7 dias antibiótica com ceftriaxone e metronidazol. Ao 10º dia de internamento, apresentou recrudescência de febre, dejeções diarreicas frequentes e aumento dos parâmetros inflamatórios. Realizou estudo endoscópico que mostrou a presença de várias úlceras pleomórficas dispersas pelo cólon e reto, que foram biopsiadas, cujo resultado mostrou a presença de DNA de CMV fortemente positivo, bem como a presença de inclusões citomegálicas no estudo anatomopatológico, com resultado de imuno-histoquímica positivo para CMV. Adicionalmente, a pesquisa de DNA sérico de CMV foi positiva (3.97×10 IU/mL). Assim, foi iniciada terapêutica com ganciclovir, que cumpriu durante 21 dias com melhoria paulatina da diarreia, febre e parâmetros inflamatórios. Durante o internamento, o doente realizou TC toraco-abdomino-pélvico, que não mostrou achados sugestivos de neoplasia. Do restante estudo: HIV negativo, doseamento de imunoglobulinas normal e estudo autoimune negativo.

Após o curso completo de tratamento com ganciclovir, repetiu-se pesquisa de DNA de CMV sérico, que foi negativo, com nova endoscopia a mostrar discretas lesões inflamatórias, mas sem ulcerações. Das biópsias realizadas, não foram evidentes lesões de inclusão nem presença de CMV no estudo imuno-histoquímico. Não foram encontrados achados sugestivos de doença inflamatória intestinal.

Discussão

Trazemos este caso clínico pois a colite infecciosa por CMV, apesar de mais rara em doentes sem fatores de imunossupressão, é um diagnóstico diferencial importante em quadros de febre e diarreia refratária, sendo o seu rápido reconhecimento indispensável para o início do tratamento apropriado em casos mais severos.

Pênfigo Vulgar: Um desafio diagnóstico

Diogo Paulo Medeiros; Daniela Ribeiro; Paula Costa; Luís Dias

HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO, PONTA DELGADA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

O pênfigo vulgar é uma doença autoimune rara com potencial gravidade, caracterizada por bolhas intraepidérmicas resultantes da destruição da adesão celular mediada por autoanticorpos contra as desmogleínas. O diagnóstico pode ser desafiante quando a apresentação clínica é atípica ou quando os exames histopatológicos são inconclusivos.

Claso Clínico

Mulher de 35 anos, natural do Nepal, sem antecedentes de relevo, com múltiplas idas ao serviço de urgência por lesões cutâneas bolhosas dolorosas e pruriginosas, com início na cavidade oral, com 2 meses de evolução. Foi medicada com terapêutica tópica e com antibioterapia sistémica, sem melhoria significativa. Por agravamento do quadro, foi internada no Serviço de Medicina Interna para estudo etiológico. Ao exame objetivo apresentava bolhas dispersas pelo tronco e membros, em várias fases de evolução, de forma bilateral e assimétrica, evoluindo posteriormente para erosões cutâneas extensas e dolorosas. Iniciou corticoterapia sistémica e foi realizada biópsia cutânea que se revelou inconclusiva. Do estudo realizado, a tomografia computadorizada toracoabdominopélvica para exclusão de pênfigo paraneoplásico não revelou alterações, a pesquisa de autoanticorpos revelou positividade para anti-desmogleína 1 e 3 e o restante estudo autoimune sem alterações. A doente evoluiu favoravelmente, tendo sido reavaliada em consulta externa.

Discussão

O pênfigo vulgar manifesta-se frequentemente por bolhas flácidas na pele e mucosas, podendo levar a erosões dolorosas. A biópsia cutânea com imunofluorescência direta é o *gold standard* diagnóstico, mas pode ser inconclusiva se realizada em lesões cicatrizadas. A deteção de autoanticorpos séricos torna-se fundamental. O tratamento baseia-se em corticoterapia sistémica, frequentemente associada a imunossuppressores para reduzir os efeitos adversos. O diagnóstico precoce é essencial para evitar complicações graves. A investigação complementar foi crucial para um diagnóstico preciso, reforçando o papel da Medicina Interna no reconhecimento de doenças autoimunes raras.

Dor no dedo do pé - um caso

Gabriela Alves Rodrigues; Bruno Vendeira; Mariana Bettencourt; Ana Manaças; Ana Júlia Pedro; Teresa Fonseca; António Martins Baptista

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

Os estados de hipercoagulação frequentemente antecedem ou acompanham quadros de neoplasia.

A trombocitemia essencial é uma neoplasia mieloproliferativa rara (incidência de 0,6-2/10.000) caracterizada por aumento da contagem plaquetária e hiperplasia megacariocítica na medula óssea. Está associada a eventos trombóticos e hemorrágicos. A mutação JAK2V617F ocorre em cerca de metade dos pacientes, sendo também comuns as mutações nos genes CARL e MPL, o que facilita o diagnóstico, que requer biópsia de medula óssea.

Caso Clínico

Apresentamos o caso de uma mulher de 61 anos, natural da Ucrânia e residente em Lisboa há 20 anos, com histórico de melanoma maligno em 2012, operado sem seguimento posterior. Em novembro 2023, iniciou quadro de dor súbita no segundo dedo do pé esquerdo, sem irradiação, aliviada por analgésicos, mas acompanhada de alteração de temperatura (mais frio). Negava outros sintomas, como dor retroesternal ou dispneia. Após 3 meses, os sintomas pioraram, com a coloração do dedo ficando arroxeadada e dificuldade para caminhar. A doente foi observada no nosso hospital, onde se verificou necrose do segundo dedo do pé esquerdo. A análise laboratorial revelou trombocitose (498.000), dislipidemia mista e hiperhomocisteinemia. O estudo de autoimunidade foi negativo, e a mutação JAK2V617F foi positiva. O ecodoppler dos membros inferiores não apresentou alterações, mas a TC revelou placas de instabilidade na aorta torácica descendente e abdominal infra-renal. Iniciou tratamento com ácido acetilsalicílico, anticoagulação com rivaroxabano, estatina e pentoxifilina. A biópsia da medula óssea confirmou a trombocitemia essencial. Com hidroxiureia, a doente apresentou melhoria clínica e normalização das plaquetas.

Discussão

Apresentamos este caso devido à rara manifestação de trombocitemia essencial em uma doente com fatores de risco para eventos trombóticos. A intervenção diagnóstica e terapêutica permitiu a regressão total das queixas e controle das plaquetas.

Síndrome de DRESS: O Paradoxo do Tratamento

Vitor Santos Oliveira; Inês Fernandes; Filipa Rodrigues Reis; Inês Rento; João Lança; Giovana Ennis; Nuno Monteiro; Edite Nascimento

CENTRO HOSPITALAR TONDELA-UIVSEU, EPE / HOSPITAL DE SÃO TEOTÓNIO, EPE

Tema: Outro

A síndrome de DRESS (Drug Reaction with eosinophilia and systemic symptoms) é uma reação adversa medicamentosa, caracterizada por rash cutâneo generalizado, atingimento de órgão, linfadenopatia e eosinofilia. Mesmo após a suspensão do fármaco, podem ocorrer manifestações até duas a oito semanas após a exposição.

O aumento da incidência e do uso de drogas que aumentam o risco desta síndrome demonstra a necessidade urgente de um elevado grau de suspeição para um diagnóstico e tratamento célere e dirigido.

Caso Clínico

Homem, caucasiano, de 77 anos, recorre ao Serviço de Urgência com um quadro de dispneia e tosse produtiva com 2 dias de evolução. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial, diabetes Mellitus tipo 2, fibrilação auricular e neoplasia da próstata em remissão. Ao exame objetivo encontrava-se sudorético, febril e dispneico. Saturação de 88% em ar ambiente, auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído nas bases e crepitações bibasais. Rx torax mostrou uma consolidação na base esquerda. Foi internado com o diagnóstico de Pneumonia adquirida na comunidade e insuficiência respiratória tipo 1. Iniciou antibioterapia com Amoxicilina + Acido Clavulânico.

Ao terceiro dia de internamento, com hemocultura positiva para MRSA, alterou-se antibioterapia para vancomicina que cumpriu durante 13 dias em intervalo eficaz. Sete dias após a suspensão de vancomicina inicia quadro de febre com adenopatias axilares e exantema generalizado pruriginoso com envolvimento dos quatro membros, tronco e face. Analiticamente com agravamento da função renal e eosinofilia, sem alteração das provas hepáticas. Perante o quadro, assumiu-se síndrome de DRESS pelo que o doente iniciou prednisolona 0.5mg/Kg/dia, apresentando melhoria progressiva da sintomatologia e normalização analítica à data da alta em D9 de corticoterapia.

Conclusão

Este caso demonstra a importância da vigilância clínica nos doentes medicados com fármacos que apresentam maior risco de efeitos adversos potencialmente fatais, mesmo após a suspensão dos mesmos, de modo a reduzir o risco de complicações e desfechos desfavoráveis.

Síndrome de Wernicke-Korsakoff: a importância do reconhecimento precoce em contexto de Urgência

Rafael Lopes Freitas; Nereida Monteiro; Inês Ferreira; Iara Fazenda; André Calhieres; Carlos Gonçalves; Joana Braga

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução

A síndrome de Wernicke-Korsakoff (SWK) é causada por défice de tiamina, frequentemente associada à perturbação do uso do álcool (PUA) e subnutrição.

Os sintomas neurológicos clássicos, tríade de Wernicke, caracteriza-se por oftalmoplegia, ataxia e alteração do estado mental. Além dos sintomas neurológicos clássicos, o défice de tiamina pode causar alterações a nível cardiovascular como hipotensão e taquicardia.

Caso Clínico

Homem de 52 anos, com PUA significativa (aproximadamente 250g diárias) é admitido na urgência em contexto de instabilidade da marcha com múltiplas quedas com 2 dias de evolução. Ao exame objetivo apresentava um discurso desorientado, ataxia, nistagmo e parésia do VI par craniano esquerdo. A avaliação inicial apresentava hipotensão (TA: 81/47 mmHg), taquicardia sinusal (FC 133 bpm). Além destes achados o doente apresentava marcada caquexia.

Laboratorialmente, destacava-se anemia macrocítica (Hb 8,1 g/dL, VGM 124,9 fL), hipoproteïnemia (albumina 2,5 g/dL).

A TC craneo-encefálica realizada não demonstrou alterações agudas anómalas ou complicações relacionadas com as quedas.

Pela elevada suspeita clínica foi iniciada reposição intravenosa com tiamina 500 mg 8/8H e o doente foi internado para continuação do tratamento e continuação da investigação. Ainda em contexto de urgência foi colhido o doseamento de tiamina que após ficar disponível semanas mais tarde confirmou o défice de tiamina; 1,6 µg/dL.

O doente apresentou melhoria progressiva do estado neurológico e hemodinâmico com resolução da taquicardia e hipotensão postural.

A salientar que durante o internamento foi realizado RMN-CE que demonstrou um AVC lacunar subagudo, e apesar desta evento poder apresentar-se com ataxia e desorientação não explica a parésia do VI par craniano pelo que a equipa assistente, em discussão com Neurologia assumiu os dois diagnósticos simultâneos.

Conclusão

Neste caso clínico apresentado, pretende-se demonstrar que apesar de uma hipótese diagnóstica como AVC ser mais comum e explicar os achados no exame objetivo a importância da história clínica aliada à suspeita clínica permitiu iniciar a correção da SWK, que continua a ser uma condição subdiagnosticada, e melhorar o prognóstico funcional do doente.

Tempestade Tiroideia: Desafio Clínico em Doente com Hipertiroidismo e Insuficiência Cardíaca

Flávio Quadrado; Maria Fialho; Margarida Jacinto

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALENTEJO CENTRAL

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A tempestade tiroideia (TT), também conhecida como crise tiroideia ou hipertiroidismo acelerado, é uma emergência médica caracterizada por uma exacerbação grave e abrupta da função tiroideia. Esta condição resulta em uma libertação excessiva de hormonas tiroideas (tri-iodotironina - T3 e tiroxina - T4) na circulação sanguínea, desencadeando sintomas potencialmente fatais.

Caso Clínico

Mulher de 71 anos com histórico de insuficiência cardíaca (IC) com fração de ejeção deprimida, fibrilhação auricular (FA) e hipertiroidismo, previamente medicada com tiamazol.

A doente teve um internamento recente por IC descompensada, durante o qual o tiamazol foi suspenso devido à normalização da função tiroideia. Uma semana antes da readmissão, iniciou um quadro de febre, tosse produtiva, perda de apetite e cansaço generalizado. No dia da admissão no Serviço de Urgência (SU), apresentou agravamento súbito com dejeções diarreicas abundantes, edema dos membros inferiores, dor torácica e febre persistente.

A avaliação clínica e analítica culminou no diagnóstico de pneumonia nosocomial com insuficiência respiratória grave e FA com resposta ventricular rápida, associadas a um descontrolo endócrino agudo (TT), com supressão da hormona tiroestimulante (TSH) <0.010 mUI/L. Foi iniciada terapêutica de suporte, antibioterapia de largo espectro, corticoterapia, tiamazol e beta-bloqueante.

A doente apresentou alteração dos parâmetros hepáticos incluídos no síndrome da TT desencadeada pelo insulto infeccioso e pela interrupção da medicação para o controlo do hipertiroidismo. O estudo tiroideu revelou anticorpos anti-tiroideos negativos, TRAb negativo e tiroglobulina elevada. Evoluiu favoravelmente, com seguimento posterior em consulta de Endocrinologia.

Conclusão

Não existem testes laboratoriais específicos para o diagnóstico da tempestade tiroideia, sendo este baseado em critérios clínicos. A mortalidade associada a esta condição varia entre 20 e 30%, sendo que o atraso no diagnóstico e tratamento pode ser fatal. Assim, a vigilância clínica rigorosa e o seguimento destes doentes são fundamentais para a prevenção de complicações graves.

Referência

1- TEIXEIRA, L. C. et al. Tempestade tiroideia – caso clínico. Revista Portuguesa de Endocrinologia Diabetes e Metabolismo, v. 9, n. 1, p. 88–91, 2014.

Dermatomiosite Hipomiopática no Síndrome Antisintetase: o Desafio

ANA ISABEL PAIVA SANTOS; Inês Pintor; Martina Arandjelovic; Gisela Gonçalves; Andreia Lopes; Leonor Naia; Pedro Lopes

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

O síndrome antisintetase é uma doença autoimune rara, caracterizada pela miopatia de carácter inflamatório com manifestações extra-musculares, com atingimento articular, pulmonar e/ou cutâneo. Apresentamos o caso de um doente com manifestações sugestivas de dermatomiosite hipomiopática, destacando a sua complexidade diagnóstica e terapêutica.

Homem de 52 anos, com antecedentes de alcoolismo e tabagismo, recorreu ao SU por febre e poliartralgias simétricas aditivas, inicialmente nos membros inferiores com progressão para os membros superiores, com atingimento dos joelhos, tornozelos, ombros, cotovelos, punhos e articulações metacarpofalângicas e interfalângicas proximais. Associadamente, perda de 6 Kg, rash palmo-plantar não pruriginoso e mal-estar generalizado, com mialgias e a diminuição da força muscular já com 1 mês de evolução. Ao exame objetivo, apresentava-se hemodinamicamente estável mas febril, emagrecido, com diminuição da força muscular em ambos os membros superiores (3/5) e inferiores (2/5), disfagia para líquidos e máculas eritemato-violáceas não pruriginosas em ambas as palmas e plantas e a tumefação das articulações metacarpofalângicas sugestivas de pápulas de Gottron, bem como dor à mobilização passiva de ambos os joelhos e coxofemorais. Apresentava, ainda, mãos de mecânico e sinal de hiker em ambas as plantas. Analiticamente, elevação de VS, PCR 5mg/dL, Fator reumatoide positivo, consumo de C3 com C4 normal, CPK e aldolase normal, Ac anti SS-A e SS-B positivos (forte e moderado), Ro-52 positivo forte e PL-12 positivo moderado. Realizado EMG com sinais de lesão da fibra muscular ao nível dos músculos proximais nos membros superiores e inferiores. Realizada biópsia muscular, ainda em curso. Pedido ecocardiograma transtorácico com depressão ligeira da FSG (FE 49%), com presença de derrame pericárdico. Enquadrado o quadro em provável dermatomiosite hipomiopática anti-sintetase, iniciou corticoterapia, colchicina e metotrexato.

Este caso sublinha a importância do reconhecimento precoce do síndrome dos antisintetase, especialmente em doentes com sintomas sistémicos inespecíficos. A identificação dos autoanticorpos e dos achados clínicos específicos permite um diagnóstico atempado e uma abordagem terapêutica adequada, essencial para melhorar o prognóstico.

O Poder dos Cuidados Paliativos na Neoplasia com Perfuração do Cólon Sigmóide

Sofia Almada; João Paulo Correia; Lícina Araújo

SESARAM

Tema: Cuidados paliativos/ Hospitalização Domiciliária

Introdução

A perfuração maligna do cólon em contexto de neoplasia colorretal é uma complicação grave, associada a elevada morbimortalidade. Nesses casos, a terapêutica curativa pode ser limitada, tornando os cuidados paliativos fundamentais para alívio sintomático, estabilização clínica e respeito pela vontade do doente. Este caso evidencia a importância de uma abordagem holística na gestão paliativa de complicações oncológicas.

Caso Clínico

Homem de 67 anos, autónomo, com antecedentes de hipertensão, diabetes mellitus tipo 2, obesidade, dislipidemia e doença diverticular do cólon. A 29/01/2025, foi diagnosticado com tumor oclusivo do cólon sigmóide com metástases hepáticas e peritoneais e foi submetido a transversostomia e biópsia epiplónica a 04/02/2025.

Recorreu ao serviço de urgência a 13/02/2025 por dor abdominal intensa e 2 episódios de vómitos. Apresentava abdómen distendido, doloroso, defesa abdominal, agravamento da função renal e dos parâmetros de fase aguda. A tomografia computadorizada revelou perfuração do cólon sigmóide com peritonite aguda. Perante a doença avançada, a equipa de Cirurgia Geral propôs tratamento paliativo conservador.

Após discussão multidisciplinar, foi admitido na Unidade de Cuidados Paliativos. Manteve antibioterapia com Piperacilina-tazobactam e otimização sintomática. Perante estabilização clínica, fez switch para ciprofloxacina e metronidazol oral de forma a possibilitar o regresso ao domicílio, conforme sua vontade.

Contudo, apresentou agravamento com náuseas e vómitos biliares de difícil gestão, exigindo reintrodução de terapêutica endovenosa. Evoluiu favoravelmente, com remissão dos sintomas. Apesar da gravidade da doença, encontra-se, cerca de 1 mês após a admissão, estável e autónomo na enfermaria, e planeia-se, novamente, a deslocação ao domicílio, respeitando sua vontade e promovendo melhor qualidade de vida.

Conclusão

Os autores destacam o papel essencial dos cuidados paliativos na gestão de doentes com neoplasias avançadas e complicações graves, como a perfuração maligna do cólon sigmóide, que acarreta elevada morbimortalidade. Este caso reforça a importância de um plano terapêutico individualizado, alinhado com a situação clínica e preferências do doente e da família, promovendo a qualidade de vida.

Anemia Perniciosa e Esplenomegalia: Uma Associação Rara

Cláudia Batoque Fitas; Mariana Antão; Teresa Abegão; Margarida Portugal; Pedro Mendonça; Carlos Cabrita; Catarina Mendonça

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALGARVE

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A anemia perniciosa (AP) é uma doença autoimune causada pelo défice de absorção de vitamina B12 devido à destruição das células parietais gástricas. Geralmente manifesta-se como anemia macrocítica. A coexistência de AP com esplenomegalia é rara, sugerindo a possibilidade de mecanismos imunes semelhantes; contudo, a literatura sobre essa associação é ainda escassa. Por outro lado, a deficiência de vitamina B12 pode levar à anemia megaloblástica (MA), caracterizada por produção de eritroblastos anormalmente grandes e ineficientes e, por vezes, resultar em hemólise intramedular e pancitopenia, mecanismos que podem estimular a hematopoiese extramedular e promover esplenomegalia.

Caso clínico

Apresentamos o caso de um homem de 48 anos, sem antecedentes pessoais conhecidos. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de astenia e dispneia de agravamento progressivo para pequenos esforços com uma semana de evolução. Negava alterações gastrointestinais, perdas hemáticas visíveis, perda ponderal ou febre. Ao exame físico objetivou-se palidez cutânea e esplenomegalia palpável a 10 cm da grelha costal esquerda. O estudo analítico revelou anemia macrocítica, leucopenia e trombocitopenia com doseamento de vitamina B12 baixo, LDH elevada, haptoglobina baixa e presença de anticorpos contra o fator intrínseco e células parietais, sugerindo AP com hemólise concomitante. A ecografia abdominal mostrou esplenomegalia homogénea e a endoscopia digestiva alta evidenciou gastrite crónica. O doente iniciou tratamento com vitamina B12 intramuscular e ácido fólico, apresentando melhoria clínica e laboratorial significativa em duas semanas.

Discussão

Este caso evidencia manifestações raras associadas à anemia perniciosa, enfatizando a importância de considerar esta condição perante esplenomegalia, hemólise e pancitopenia. O tratamento atempado com vitamina B12 é essencial para reverter os achados hematológicos e a clínica associada.

Hemorragia subaracnoideia: a “foice” da MAV (uma lição da imagem)

**Bruna Rodrigues Barbosa; Cláudia Ribeiro; Ana Catarina Ruivo; Joana Cartucho;
Laurinda Pereira; Martinho Fernandes; Ana Paula Pona**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ARCO RIBEIRINHO

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

A hemorragia subaracnoideia (HSA) é uma emergência neurológica frequentemente resultante da rutura de aneurismas cerebrais ou malformações arteriovenosas (MAV). Pode apresentar-se como cefaleia súbita, alterações neurológicas focais e perda de consciência. O diagnóstico e intervenção rápidos são cruciais para minimizar danos cerebrais e melhorar o prognóstico.

Caso clínico

Mulher de 52 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, colangite biliar primária e patologia osteoarticular crónica, admitida na urgência por alteração súbita de consciência e perda de força nos membros direitos. Sem referência a pré-dromos. Triada como “lipotimia”. Na observação encontrava-se vigil mas com afasia, com pressão arterial de 140/80 mmHg e frequência cardíaca de 115 bpm, com episódios de extrassístolia. Ao exame neurológico: sonolência, cumprimento parcial de ordens, olhar preferencial para a esquerda, afasia motora, hemianopsia homónima direita, paresia facial supranuclear direita, hemiparesia direita grau 5, com movimentos antigravíticos semivoluntários e queda imediata dos membros direitos. À esquerda mantinha movimentos voluntários. Apresentava hemi-hipostesia direita e reflexos osteotendinosos aumentados, Babinski positivo à direita. Tomografia computadorizada (TC) do crânio revelou hemorragia subaracnoideia aguda e a angio-TC indicou uma possível malformação aneurismática na comunicante posterior esquerda, associada a uma malformação vascular mais complexa. Submetida a Neurocirurgia, com melhoria.

Discussão

HSA secundária a MAV é uma condição grave, requer diagnóstico e tratamento imediatos. Neste caso, a apresentação inicial sugeriu AVC, mas a TC confirmou HSA. A angio-TC foi crucial na identificação da dilatação aneurismática e da MAV subjacente. Realça-se a importância de considerar HSA em doentes com sintomas neurológicos agudos e a utilidade das técnicas de imagem avançadas na identificação de MAV. O fator tempo é vital para os resultados a longo prazo.

Hungry Bone Syndrome: um mal silencioso no doente oncológico

Fábia Cerqueira; Beatriz Pessoa; Ana Proença Faria; Francisca Romeiro; Nuno Lemos; Armando Lopes Braz

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A Hungry Bone Syndrome (HBS) é caracterizada por hipocalcemia grave e prologada, decorrente duma rápida atividade osteoblástica e deposição mineral óssea.

Caso Clínico

Homem, 77 anos, antecedentes de doença renal crónica KDIGO G3a e adenocarcinoma da próstata plurimetastizado sob Denosumab e Goserelina. Admitido por prostração, desorientação, diarreia e febre. Exame objetivo e ECG sem alterações. Analiticamente, anemia 7,9g/dL; hipocalcémia 5,4mg/dL; hipofosfatémia 1mg/dL; hiperuricémia 11,1mg/dL e proteína C reativa 14,7mg/dL. Face a estas alterações, doseou folatos (2,8ng/mL - défice); vitamina D (3,3ng/mL - défice) e paratormona (PTH, 435pg/mL - aumentada). Realizou TC-AP a revelar espessamento difuso e circunferencial do reto, sugestivo de proctite, e uma lesão lítica (53x65mm) infetada, ao nível do glúteo e osso ilíaco esquerdos, com componente necrótico. Iniciou antibioterapia empírica com Amoxicilina/Clavulanato e suplementação dos défices iónicos e vitamínicos. Contudo, dada hipocalcemia e hipofosfatemia graves e de difícil correção, em doente com metastização óssea extensa, considerou-se o diagnóstico de HBS, após exclusão de outras causas.

Discussão

A HBS é classicamente descrita pós-paratireoidetomia, sendo cada vez mais associada à neoplasia prostática com metastização óssea. 30% destes doentes, apresentam hipocalcemia persistente (>2semanas), requerendo monitorização rigorosa e suplementação individualizada para prevenir complicações major.

Discrasia hemorrágica na psoríase: um caso de sobreposição autoimune

Nathalie Duarte; Mariana Gaspar; Marcia A. Pereira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A Hemofilia A adquirida (HAA) é uma doença rara de origem autoimune, caracterizada pelo desenvolvimento de anticorpos contra o fator VIII (FVIII) da coagulação, com risco associado de hemorragia grave. Pode ser idiopática ou associada a outras doenças, incluindo as autoimunes e dermatológicas, como a psoríase.

Caso clínico

Homem de 52 anos, internado por diagnóstico de novo de psoríase pustulosa disseminada com impetiginização. Durante internamento apresentou discrasia hemorrágica após colocação de cateter venoso central na veia jugular direita com hematoma posterior, hemorragia mantida dos acessos periféricos e hemorragia muco-cutânea generalizada nas lesões de prurido pela psoríase. Analiticamente com queda de hemoglobina de 10,2 para 7,6 g/l, prolongamento do APTT 100seg, realizado teste de mistura sem correção completa para 41,8seg, doseamento de FVIII 1,7%, achados sugestivos de Hemofilia A Adquirida. Iniciou ácido tranexâmico 1g/ev 8/8h. Fez tratamento com prednisolona 1 mg/Kg/dia e rFVIIa 90 ug/Kg. Por repercussão hemodinâmica fez 1 unidade de concentrado eritrocitário. 17 dias após início da terapêutica apresenta FVIII 68,6%.

Discussão

Encontramos 7 casos na literatura que indicam a possível relação entre a psoríase e o desenvolvimento da HAA, sugerindo que o mecanismo autoimune das crises de psoríase podem desencadear a produção de autoanticorpos contra o fator VIII. A identificação precoce é fundamental. Em caso de falência da 1ª linha poderá recorrer-se a rituximab. A utilização de plasma deve ser reservada a casos de instabilidade hemodinâmica, dado o risco de hemorragia grave. O caso alerta para perante crise de psoríase com hemorragia de novo pesquisar hemofilia adquirida.

A emergência médica no trauma torácico

Helena Rita Antunes; Rayanne Pinto; Joana Mendes; Gracinda Brasil; Luís Dias

HOSPITAL DIVINO ESPIRITO SANTO DE PONTA DELGADA

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Apresenta-se um caso pouco comum, em que a Medicina Interna e Medicina Intensiva colaboraram com a Cirurgia Geral no tratamento e orientação de um homem de 48 anos, autónomo, sem antecedentes patológicos relevantes, observado no Serviço de Urgência (SU) por dispneia e dor torácica direita de características mecânicas, após traumatismo torácico três semanas antes.

Na avaliação, foi detectado pneumotórax exuberante à direita, sem desvio das estruturas de linha média, com necessidade de drenagem torácica em Sala de Observação (SO) - radiografia de controlo mostrou expansão torácica quase completa, com ligeira hipotransparência no lobo inferior direito (LID), e melhoria clínica franca em poucos minutos.

Sob monitorização em SO, poucas horas depois, verificou-se palidez cutânea, polipneia e respiração abdominal com dessaturação progressiva e necessidade de oxigénio suplementar por máscara de alta concentração com reservatório, verificando-se saturações periféricas máximas de 90%, apesar de manter dreno oscilante, não borbulhante, e com radiografia de reavaliação sem agravamento do pneumotórax (mas mantendo a hipotransparência do LID). Instituiu-se terapêutica diurética e corticoterapia, com melhoria franca do quadro. Assim, assumiu-se o diagnóstico de edema pulmonar agudo em contexto de reexpansão torácica rápida após pneumotórax. Teve alta do internamento após seis dias, com diurético em desmame. Foi reavaliado duas semanas depois do episódio do SU, sem intercorrências, e de volta ao estado habitual prévio.

Os edemas pulmonares de reexpansão ocorrem, geralmente, após expansão torácica rápida do pulmão colapsado durante mais que três dias; tendem a ser unilaterais, e podem surgir em 16-33% dos casos, desenvolvendo-se minutos a horas, ou até 24 a 48 horas depois do evento. A maioria dos casos desenvolve-se com a clínica aqui descrita, podendo ter taxas de mortalidade de 5 a 20%. O tratamento é de suporte com oxigenoterapia e, se necessário, ventilação mecânica, sendo uma doença auto-limitada.

Explorando a Síndrome de Marchiafava-Bignami: Um Estudo Clínico

Desirée Farinha; Matilde Couto, João Barroso, Mónica Reis

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ESTUÁRIO DO TEJO

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

A Síndrome de Marchiafava-Bignami (SMB) é um distúrbio neurológico raro caracterizado pela deterioração do corpo caloso. Embora a sua etiologia não seja completamente compreendida, os fatores nutricionais (défice de vitaminas do complexo B) e tóxicos (abuso de álcool) desempenham um papel importante. Clinicamente destacam-se sintomas como: confusão mental, alterações na personalidade e perda de coordenação motora. O diagnóstico precoce através ressonância magnética crânio-encefálica (RM-CE) e o tratamento adequado são essenciais para melhorar o prognóstico dos pacientes.

Caso clínico

Sexo feminino, 71 anos, autónoma, sem antecedentes pessoais relevantes. Admitida na sala de emergência / Unidade de cuidados intensivos (UCI) por alteração do estado de consciência, com necessidade de entubação oro-traqueal e ventilação mecânica. Referência a alteração da memória com 4 meses de evolução, diminuição da força muscular do membros inferiores e astenia. Do estudo etiológico à admissão a destacar: Tomografia Computarizada Cranioencefálica (TC-CE) sem lesões vasculares recentes, líquido cefalorraquidiano e toxicológico urinário negativos. Excluído epilepsia e infeção do SNC durante o internamento na UCI.

A RM-CE revelou alterações de sinal no esplénio do corpo caloso sugestivos de MERS (encefalopatia ligeira com lesão isolada reversível do corpo caloso). Analiticamente com défice de Vitamina B12, pelo que iniciou reposição, verificando-se melhoria do quadro neurológico.

Discussão

A SMB é um distúrbio neurológico raro e de gravidade variável. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são essenciais para melhorar o prognóstico dos doentes. A consciencialização desta síndrome é fundamental para uma melhor compreensão e gestão desta condição clínica.

Omalgia num diagnóstico de endocardite

Madalena Ortigão Gama; Adriana Lopes; Sofia Cunha; Inês Catorze; Teresa Garcia; Afonso Rodrigues; Patrícia Cachado

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Omalgia num diagnóstico de endocardite

Introdução

A endocardite infecciosa (EI) pode ter uma manifestação francamente subclínica, tornando este diagnóstico um desafio. Neste caso clínico, temos um diagnóstico quase acidental, com uma localização rara, que reforça a necessidade de considerar a EI em todos os casos de bacteriemia com agentes prováveis.

Caso clínico

Homem de 80 anos, com história prévia de cardiopatia isquémica e valvular com prótese valvular aórtica colocada em 2021, fibrilhação auricular com encerramento de apêndice auricular em 2011, adenoma com displasia de baixo grau em colonoscopia de 2019, submetido a amputação de dedos dos pés bilateralmente por doença arterial periférica no mês anterior à admissão. Apresentou-se com omalgia direita e impotência funcional súbita do membro superior direito, pelo que realizou tomografia computadorizada articular que evidenciou rotura do músculo supraspinhoso com hematoma associado, a condicionar necessidade de suporte transfusional e drenagem da coleção hemática com isolamento de *Streptococcus gallolyticus* na amostra drenada. Por apresentar elevação da PCR (231,3 mg/L), colheu hemoculturas, que identificaram o mesmo agente. Não apresentava exame objetivo característico, mas considerando bacteriemia com agente possível de EI, realizou ecocardiograma transesofágico que mostrou vegetação na válvula de Eustáquio admitindo-se então diagnóstico de endocardite infecciosa, de acordo com os critérios de Duke. Dada a ausência de uma clara causa para a bacteriemia realizou endoscopia digestiva alta e colonoscopia com identificação apenas de pólipos no cólon, com histologia compatível com adenomas tubulares com displasia de baixo grau. O doente cumpriu 6 semanas de antibiótico dirigido com melhoria analítica.

Discussão

Deste modo, temos uma apresentação inicial não sugestiva de EI, podendo esta ter sido consequência do estado inflamatório, e uma localização rara, tendo em conta o contexto clínico e o microrganismo isolado.

Anemia hemolítica autoimune tipo quente – um caso idiopático e paradigmático

Luís Filipe Couto; Pedro Miranda; Magda Fernandes; Emília Lopes; Jorge Cotter

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO AVE

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A anemia hemolítica autoimune é uma doença adquirida caracterizada pela presença de anticorpos contra antígenos eritrocitários, condicionando hemólise. Compreende 2 tipos – por aglutininas a frio ou a quente –, definidos pela temperatura de atividade dos autoanticorpos.

A doença por aglutininas quentes manifesta-se tipicamente com sintomatologia constitucional.

Caso clínico

Mulher de 41 anos, sem antecedentes de relevo, recorreu ao serviço de urgência (SU) com clínica de astenia e icterícia.

No estudo em SU identificados: anemia macrocítica com hemoglobina (Hgb) de 7,1 g/dL, reticulocitose (4%), esfregaço com ovalócitos e esferócitos, hiperbilirrubinemia indireta (11,2 mg/dL), desidrogénase do lactato 3 vezes o limite superior do normal, e esplenomegalia – baço com 13,5cm de eixo longitudinal. Teste de antiglobulina direta com positividade anti-IgG e anti-C3d. Despistadas complicações tromboembólicas (sem sintomatologia suspeita, D-dímeros normais) e défices de folato, B12 e ferro. Pedido doseamento de haptoglobina: <5 mg/dL.

Efetuada diagnóstico de anemia hemolítica autoimune (AHAI) tipo quente. Iniciada terapêutica com imunoglobulina intravenosa (2 dias) e prednisolona 1 mg/kg/dia.

Feito estudo complementar para despiste de condição subjacente/ associada a AHA. Despistadas causas paraneoplásicas e infecciosas; realizada imunofenotipagem de sangue periférico (sem alterações); do estudo de autoimunidade: sem consumo de complemento, imunoglobulinas normais, ANA 1:160 (AC-21), autoanticorpos de perfil hepático negativos, anti-ENAs negativos.

Apresentou valor mais baixo de Hgb em internamento de 6,0 g/dL, com melhoria progressiva e sustentada desde aí; manteve sempre estabilidade hemodinâmica.

À data de alta de internamento apresentava Hgb de 9,7 g/dL. Completou desmame lento e completo de corticoterapia.

Um ano após episódio mantinha-se sem recidiva de doença e sem necessidade de tratamento imunossupressor adicional.

Discussão

A AHA pode integrar o curso de outra condição subjacente, o que acontece em cerca de metade dos casos, podendo mesmo ser apresentação inicial desta.

Nos casos como o aqui apresentado, determinados como idiopáticos, deve ser mantida monitorização destes diagnósticos com associação conhecida a AHA e que implicam tratamento dirigido.

Um caso de apoplexia hipofisária após enfarte agudo do miocárdio

Gisela Brito Gonçalves; Miguel Martins; Valter Duarte; Carlos Costa; Simão Carvalho; Ana Briosa

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

A apoplexia da hipófise (AH) é uma condição rara, caracterizada por isquemia ou hemorragia hipofisária, frequentemente associada a tumores hipofisários. Os sintomas mais frequentes são cefaleia intensa, oftalmoparésias, diminuição da acuidade visual e/ou sintomas de hipopituitarismo.

Caso clínico

Homem, 72 anos. Antecedentes de obesidade, dislipidemia e macroadenoma hipofisário, operado em 2008 e 2016, com déficit isolado de gonadotrofinas.

Internado no Serviço de Cardiologia por enfarte agudo do miocárdio (EAM) sem supra ST, com doença de 3 vasos, em estudo pré-operatório para bypass coronário (CABG). No 8º dia de internamento apresentou cefaleia que cedia a analgésicos. No dia seguinte, cefaleia intensa com ptose total do olho esquerdo, midríase com reflexo fotomotor direto ausente, limitação da abdução, com diplopia horizontal mais evidente na levoversão (parésia do III e VI par). Sem outros défices neurológicos nem hipotensão. AngioTC cerebral sem evidência de evento vascular agudo e com lesão intra-selar expansiva já conhecida, sem aparente hemorragia. Por se manter a suspeita de AH iniciou hidrocortisona e realizou RM que revelou aumento das dimensões do adenoma com hemorragia intra-lesional. Sem défices hormonais de novo. Em equipa multidisciplinar decidido manter tratamento conservador. Resolução da cefaleia e melhoria paulatina da oftalmoparésia. Realizou CABG ao 35º dia de internamento, sob suplementação com hidrocortisona, sem intercorrências. Alta com desmame de corticoterapia, apresentando atualmente resolução completa dos sintomas e ausência de défices hormonais. Reavaliação por RM com reabsorção da hemorragia e diminuição das dimensões do adenoma, pelo que se mantém em vigilância.

Discussão

Apesar de rara, a AH pode ser fatal, pelo que deve existir um elevado índice de suspeição clínica permitindo um diagnóstico atempado. Existem vários fatores de risco associados ao desenvolvimento de AH, nomeadamente o uso de anticoagulantes e antiagregantes, ambos administrados no EAM, como no caso clínico apresentado.

Derrame pericárdico em doente com sarcoma de Kaposi

João Lopes; Morgana Alves; Rita Diz; Ana Raquel Figueiredo; Micaela Sousa Nunes; Helena Maurício; Eugénia Madureira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE

Doenças oncológicas

O sarcoma de Kaposi é uma doença linfoangioproliferativa rara, causada pela infeção pelo vírus herpes humano 8 (HHV8), com associação clássica ao HIV, mas presente também em doentes HIV-. A doença tem uma apresentação/evolução muito heterogénea. Classicamente afeta a pele, mas também pode afetar mucosas, nódulos linfáticos, trato gastrointestinal e respiratório e, mais raramente, o sistema musculoesquelético, urinário, endócrino, coração/pericárdio e olho.

Homem, 76 anos. Antecedentes: HTA, dislipidemia, ex-fumador, sarcoma de Kaposi vigiado no IPO, HIV-, DRC estadio IIIa, SAOS/DPOC sob OLD, anemia crónica, esplenectomia, HCV+ (carga viral indetetável), sem história de transplantes. Admitido por dispneia em repouso, mal-estar geral e vômitos; sem edemas periféricos. Realizado TC-Tórax, que revelou derrame pericárdico. Ecocardiograma revela espessamento dos folhetos pericárdicos e confirma derrame pericárdico de pequeno volume ao nível do ventrículo direito e de grande volume posterior, com *strands* de fibrina, sem compromisso hemodinâmico. Tentativa de pericardiocentese sem sucesso, transferência para Cardiologia de referência, com atitude expectante. Retransferido para a origem. Pedida observação ao IPO e CCTorácica de referência, com indicação para tratamento conservador. Estudo sem etiologia identificada. Assumido derrame no contexto da evolução do sarcoma de Kaposi.

O atingimento cardíaco/pericárdico no sarcoma de Kaposi é descrito na literatura como uma apresentação inicial extremamente rara e mais comum em doentes sem doença cutânea. Neste caso o diagnóstico assumido de progressão do sarcoma de Kaposi, com atingimento cardíaco/pericárdico, em doente HIV- com atingimento cutâneo e derrame pericárdico, revela-se uma hipótese de interesse dada a sua raridade e relevância. A gestão destes casos complexos é um desafio nos hospitais periféricos, poucos em recursos.

Hepatite tóxica induzido pelo Imatinib

Gonçalo Peres; Rodrigo Afonso; José Miguel Santos; Mariana Lessa Simões

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças oncológicas

O Imatinib é utilizado no tratamento da leucemia mielóide crónica (LMC) positiva para o cromossoma *Philadelphia* (*bcr-abl Ph+*); a hepatite tóxica é um efeito secundário raro, mas potencialmente fatal.

Mulher de 32 anos, com LMC *bcr-abl Ph+*, sob Imatinib 400mg/dia desde Julho/2023, que foi ao Serviço de Urgência (SU) em Janeiro/2024, por dor abdominal persistente nos quadrantes superiores, sem relação com as refeições ou outras queixas; encontrava-se apirética e com Murphy vesicular negativo. As análises mostraram AST 266 U/L, ALT 549 U/L e LDH 288 U/L e proteína-C-reativa negativa; a TC com contraste endovenoso mostrou ligeira distensão vesicular com realce da parede, com líquido loco-regional com extensão à goteira parieto-cólica. Por hipótese de colecistite aguda alitiásica, teve alta sob amoxicilina/clavulanato (A/C). Menos de 24 horas após, apresentou quadro de náusea, procedido de colúria, acolia fecal e icterícia às 24h-72 horas, com agravamento nas 2-3 semanas seguintes, que motivou retorno ao SU. As análises mostraram AST 1542U/L, ALT 1057U/L, bilirrubina total 4.38mg/dL; o rastreio de hepatites virais foi negativo e os exames de imagem não mostraram alterações. Admitiu-se diagnóstico de hepatite tóxica ao Imatinib, motivando a sua suspensão e início de corticoterapia sistémica; a evolução clínica foi favorável.

O diagnóstico de colecistite aguda foi contestado e a hipótese de hepatotoxicidade à A/C foi considerada improvável, dado início dos sintomas e evidência de citólise hepática antes da terapêutica com A/C, e agravamento clínico nas primeiras 24h de antibioterapia. A associação entre Imatinib e hepatite aguda, reportada em 13% dos casos e pico de incidência entre os 2-6 meses de terapêutica, tornou-se a hipótese mais provável.

Destaca-se a importância da monitorização do tratamento com Imatinib, face ao risco de hepatotoxicidade. O reconhecimento precoce e a suspensão do fármaco são fundamentais para a evicção de complicações graves, potencialmente fatais.

Tamponamento cardíaco como apresentação inicial de adenocarcinoma do pulmão

Inês Antunes; Daniela Maurício; Inês Cruz; Lèlita Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

O cancro do pulmão é o mais incidente e mortal no mundo. O adenocarcinoma é o subtipo mais comum e o tabagismo o principal fator de risco. As formas de apresentação são variáveis, com sintomas inespecíficos, como tosse ou dispneia ou, mais raramente, síndromes paraneoplásicas, tamponamento cardíaco ou sintomas neurológicos.

O envolvimento pericárdico, fator de mau prognóstico, não é incomum em estadios avançados mas é normalmente silencioso e progressivo, sendo rara a apresentação como tamponamento cardíaco em diagnóstico inaugural.

Caso Clínico

Homem, 61 anos, avaliado no SU por astenia, dispneia, ortopneia, dorsalgia e tosse produtiva com 5 dias de evolução, já medicado para pneumonia. Ex-fumador (60 UMA) após AVC há 16 anos e antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial.

À avaliação inicial com sudorese e taquicardia, hipocápnia e D-Dímeros elevados. Realizou AngioTC Tórax para excluir tromboembolia pulmonar, que evidenciou nódulo de 25mm espiculado no ápice direito, derrame pleural bilateral e pericárdico volumoso. Ecocardiograficamente colapso do ventrículo direito, tendo realizado pericardiocentese.

Durante o internamento fez nova drenagem, e posterior janela pleuropericárdica, por tamponamento recidivante. Pela suspeita de neoplasia pulmonar realizou biópsia pulmonar, pericárdica e toracocentese, com análise anatomopatológica, e estadiamento imagiológico. O diagnóstico final foi de adenocarcinoma do pulmão com metastização óssea, ganglionar, pericárdica e derrames pleural e pericárdico neoplásicos.

Após estabilização clínica teve alta orientado para consulta de Pneumologia Oncológica.

Discussão

O tamponamento cardíaco é uma forma rara de apresentação inicial de neoplasia mas que ameaça de imediato a vida, se não for identificado e tratado atempadamente. Constitui um desafio diagnóstico, pela sintomatologia inespecífica e etiologias várias. A causa neoplásica, nomeadamente pulmonar, deve ser sempre excluída.

Síndrome de Sheehan: um desafio no diagnóstico pós-natal

Pedro Brito Guerreiro; Rita Tourais Martins; Carolina Gomes; João Barroso; Sofia Guerreiro Cruz; Desirée Farinha; Luis Cuña

ULS ESTUÁRIO DO TEJO, HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A Síndrome de Sheehan ou hipopituitarismo pós-parto é uma causa rara de hipopituitarismo. Os avanços nos cuidados obstétricos nos países desenvolvidos vieram reduzir a incidência de novos casos. Devido à sua apresentação heterogênea o diagnóstico é por vezes difícil, podendo ocorrer com vários anos de atraso.

Caso clínico

Mulher de 60 anos, autónoma e com antecedentes de dislipidemia e anemia ferropénica, recorreu ao serviço de urgência por anorexia, diminuição da força generalizada, lentificação psíquica e edema palpebral com cerca de 15 dias de evolução.

À admissão era descrita como bradicárdica (FC 49 bpm), hipotérmica (TT 33°C), prostrada e com edema generalizado, sem outros achados de relevo. Realizou TC crânio-encefálica que não apresentava alterações agudas e analiticamente destacava-se pancitopenia (Hb 10.3 g/dL, Leuc 1200/uL, PlaQ 50000/uL), hiponatremia 123 mmol/L e hipotireoidismo grave (TSH 1.340 mUI/L, FT4 <0.10 ng/dL). Foi internada para estudo, tendo iniciado terapêutica com levotiroxina e hidrocortisona por via endovenosa. No internamento realizou RM crânio-encefálica para exclusão de hipotireoidismo central que descrevia uma hipófise difusamente atrofica mas sem afeção analítica das restantes vias hipofisárias (GH 0.03, cortisol plasmático 14.04, FSH 4.19, LH 0.96, prolactina 0.7). Por história de pós-parto complicado de hemorragia com necessidade de suporte transfusional aos 40 anos, com alteração do comportamento com apatia e lentificação psicomotora desde então, foi colocada a hipótese de Síndrome de Sheehan.

Conclusão

O hipotireoidismo de causa central deve ser equacionado nos casos em que existe défice de produção de hormona tireoestimulante, sem resposta tiroideia (ou seja, com níveis de T3 e T4 baixos). Apesar de raro, o Síndrome de Sheehan é uma das possíveis causas de hipotireoidismo central, devendo ser considerado principalmente em casos de mulheres com história de hemorragia pós-parto.

Síndrome de Ogilvie – Um Caso Atípico

Jorge Salsinha Frade; Beatriz Sampaio; Luís Coelho; Carlota Lalanda; Maria Meneses Rebelo; Ana Catarina Pereira; Mafalda Leal; Beatriz Barata; Catarina Costa; Sofia Salvo; Madalena Lisboa

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças renais

Introdução

A pseudoobstrução intestinal crónica é uma entidade rara, frequentemente subdiagnosticada em doentes com doença renal crónica, sendo fundamental o seu diagnóstico atempado para minimizar complicações associadas.

Caso Clínico

Homem, 82 anos, institucionalizado, com história médica relevante de Doença Renal Crónica (DRC) estágio 5 em hemodiálise, Diabetes Mellitus tipo 2, Doença Cerebrovascular e Hipertensão Arterial, internado por distensão abdominal significativa, diarreia intermitente e hipocaliemia grave persistente, após admissão no serviço de urgência com obstipação e vômitos recorrentes. A avaliação inicial revelou leucocitose ($17\,800/\mu\text{L}$), hipocaliemia grave ($\text{K}^+ 2.4\text{mEq/L}$) e prolongamento do intervalo QTc (636ms). A TC-Abdominal mostrou distensão difusa do quadro colorretal sem obstrução mecânica evidente. O estudo complementar incluiu coproculturas e pesquisa de *Clostridium difficile* (negativas), calprotectina fecal moderadamente elevada ($150\mu\text{g/g}$) e colonoscopia com colón redundante e dilatado, sem alterações mucosas.

Face à suspeita de peritonite esclerosante encapsulante, discutiu-se o caso com Nefrologia, sendo considerada improvável dada a ausência de alterações imagiológicas sugestivas e o uso de profilaxia com tamoxifeno.

A hipocaliemia persistente e o padrão alternante de diarreia e obstipação levantaram a suspeita de pseudoobstrução intestinal crónica por disautonomia, hipótese validada em discussão multidisciplinar. Iniciou piridostigmina (40mg/dia, ajustada para 80mg/dia) com melhoria significativa da distensão abdominal, regularização do trânsito intestinal e resolução da necessidade de reposição de potássio.

Conclusão

O uso de piridostigmina revelou-se eficaz no controlo sintomático e eletrolítico da pseudoobstrução intestinal crónica, evitando intervenções invasivas. Este caso sublinha a importância da abordagem multidisciplinar na investigação e tratamento de distúrbios gastrointestinais em doentes complexos, incluindo aqueles com DRC.

Colangite Biliar Primária AMA negativa e neuropatia axonal: uma associação rara

João Pedro Moreira; Daniela Augusto; Inês Barbosa Leão; Beatriz Moreira; Mariana Esteves; Inês Pinho; José Presa; Paulo Carrola; Sandra Morais

1

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Introdução

A colangite biliar primária (CBP) é uma doença hepática crónica autoimune, caracterizada pela destruição progressiva dos ductos biliares intra-hepáticos. Na ausência de tratamento pode evoluir para doença hepática crónica avançada. Os principais alvos terapêuticos incluem a normalização dos níveis de fosfatase alcalina e a prevenção de complicações.

Descrição

Doente do sexo feminino de 52 anos com antecedentes de hipercolesterolemia familiar heterozigótica, litíase biliar, enxaqueca sem aura, sinusite crónica e discopatia L4/L5. Seguida desde há oito anos em Hepatologia por colangite biliar primária AMA-negativa, diagnóstico estabelecido após extensa investigação diagnóstica. Iniciou tratamento com ácido ursodesoxicólico mas, por resposta incompleta, associou-se fibrato, associação com a qual atingiu rapidamente resposta completa.

Recentemente desenvolve quadro caracterizado por mialgias de predomínio distal nos membros inferiores, associadas a astenia progressiva, anorexia e perda ponderal. A investigação realizada destaca anemia normocítica (Hb - 8.7 g/dl, VGM 84.6 fL), colonoscopia com estenose da válvula ileocecal e mucosa congestiva com erosões superficiais, compatíveis com úlceras no cólon. As biópsias das úlceras descreviam infiltrado inflamatório moderado, sem granulomas, com pesquisa de DNA de Mycobacterium negativo, alterações compatíveis com doença inflamatória intestinal. Adicionalmente, realizou eletromiografia que descrevia neuropatia sensitiva dos nervos medianos, cubital e sural direitos tendo realizado posteriormente biópsia de nervo que foi compatível com o diagnóstico de neuropatia axonal. Já no seguimento por Neurologia inicia tratamento com prednisolona e posteriormente com azatioprina com melhoria clínica progressiva.

Conclusões

Este caso ilustra a complexidade das doenças autoimunes. A colangite biliar primária frequentemente está associada a outras doenças autoimunes, mas a associação descrita neste caso, com neuropatia axonal e eventualmente doença inflamatória intestinal é rara, pelo que um elevado índice de suspeição deverá estar sempre presente no seguimento destes doentes.

Linezolide e Hiperlactacidemia: Quando o Tratamento se Torna um Desafio

João Pedro Moreira; Inês Barbosa Leão; Daniela Augusto; Beatriz Moreira; Carolina Queijo; Jorge Reboredo Pinheiro; Gil Magalhães; Fernando Salvador; Sandra Morais

1

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A hiperlactacidemia é uma condição potencialmente grave, frequentemente associada a hipóxia tecidual, doenças sistêmicas ou efeitos adversos de medicamentos. O Linezolide, um antibiótico usado no tratamento de infecções por bactérias resistentes, está associado a acidose láctica em 6,8% dos casos. Este caso ilustra a importância de monitorizar efeitos adversos farmacológicos, especialmente em doentes com múltiplas comorbilidades.

Descrição do Caso

Mulher de 58 anos, autónoma, com antecedentes de adenocarcinoma do cólon (pT3N1aM0) e infeção crónica por vírus hepatite B fase 3. História de internamento prévio por *Clostridium difficile* (tratada com vancomicina oral) e bacteriemia por *Staphylococcus haemolyticus* MR associada a um cateter venoso central (CVC). Iniciou Linezolide a 1/8/2024 após persistência de febre, com remoção do CVC a 5/8/2024. Foi admitida na urgência por clínica de dispneia e mal-estar geral. Apresentava hiperlactacidemia (lactato 8,2 mmol/L) com alcalose respiratória e acidose metabólica, sem febre ou sinais de infeção ativa. Referia cansaço extremo, náuseas e cefaleias. O exame objetivo revelava taquicardia (FC 116/min), taquipneia e palidez cutânea, sem outros achados relevantes. A suspensão do Linezolide e fluidoterapia resultaram em melhoria progressiva dos níveis de lactato (2,6 mmol/L) às 72 horas.

Conclusão

Este caso destaca a hiperlactacidemia como efeito adverso do Linezolide, enfatizando a necessidade de vigilância clínica e laboratorial em doentes sob este fármaco. Apesar da apresentação atípica, a suspeição clínica e a revisão farmacológica permitiram o diagnóstico e tratamento adequados. A monitorização de reações adversas é crucial, especialmente em doentes oncológicos com múltiplas terapêuticas, para prevenir complicações graves.

POSTERS COM APRESENTAÇÃO CASUÍSTICA/INVESTIGAÇÃO

ÍNDICE

- PA0060 - Approaching voltage-gated calcium channels as a possible new therapeutic strategy for dementia
- PA0061 - BDNF signaling dysregulation across dementias
- PA0073 - O impacto da desregulação endócrina no desenvolvimento da fragilidade
- PA0081 - Drenagem Peritoneal Contínua em Cuidados Paliativos: 1 ano de experiência da Equipa Intra-Hospitalar
- PA0123 - Análise retrospectiva dos internamentos por leishmaniose visceral num hospital de nível III
- PA0326 - Seguimento em consulta especializada em Insuficiência Cardíaca e Internamentos por todas as causas
- PA0336 - Emergência – a propósito de uma Equipa Médica de Emergência Intra-Hospitalar num hospital português
- PA0347 - Anticoagulação na Prevenção do AVC: Barreiras, Desafios e Impacto Clínico
- PA0353 - Impacto da Fragilidade na Evolução Clínica de Idosos com Insuficiência Cardíaca Descompensada
- PA0407 - Tomografia prévia à punção lombar: estudo retrospectivo sobre adesão às recomendações IDSA e ESCMID
- PA0468 - O uso de contraste iodado endovenoso (IV) agrava significativamente a função renal?
- PA0503 - Characterization and Management of Hyperkalaemia in Real-World Clinical Practice
- PA0611 - Escala Pain Assessment in Advanced Dementia em doentes com compromisso da comunicação
- PA0649 - Salmonelose: Apresentação clínica e prognóstico em doentes imunocompetentes e imunodeprimidos
- PA0768 - Cardiopatia hipertensiva nas mulheres
- PA0789 - Caracterização dos fatores de risco da população internada por AVC isquémico no período de 1 ano.
- PA0804 - Descrição dos internamentos de doentes com infeção por Salmonella spp no período de 3 anos
- PA0811 - Insuficiência Cardíaca no baixo Alentejo
- PA0846 - Quem são os doentes com insuficiência cardíaca e como são tratados?
- PA0859 - Impacto do tempo de permanência no Serviço de Urgência e os outcomes clínicos intra-hospitalares
- PA0961 - High Burden of Vascular Risks in Acute Coronary Syndrome: Insights from an Intermediate Care Unit
- PA1002 - Pneumonia e a incidência de neoplasia do pulmão
- PA1033 - Síndrome Metabólica: o papel da interação de variantes da enzima de conversão da angiotensina
- PA1067 - Mieloma Múltiplo e Manifestações Neurológicas: Quando Suspeitar de Síndrome de Hiperviscosidade?
- PA1113 - Heart failure presentation in the Emergency Department: what characteristics lead to hospitalization
- PA1137 - Risk Stratification in Acute Coronary Syndrome: Added Prognostic Value of TyG Index to GRACE Score
- PA1182 - Left Ventricular Ejection Fraction vs etiology, NT-proBNP and hospitalization rates in Heart Failure
- PA1197 - Guideline-Directed Therapy Adherence in Heart Failure Patients Evaluated in the Emergency Department
- PA1223 - Antibioterapia nas infeções respiratórias - uma avaliação transversal pela Medicina Interna
- PA1249 - LDL-C Control at 1-Year Follow-Up in Patients with Acute Coronary Syndrome
- PA1342 - Desafios da Gestão da Colite Pseudomembranosa: Experiência de um Hospital Distrital
- PA1471 - Reinfecção por vírus da hepatite C- casuística da Gaia e Espinho
- PA1483 - Importância da Vacinação em idosos na Consulta de Geriatria
- PA1522 - Relação entre Triagem, Visitas Prévias e Sobrevida em Doentes Internados em Medicina Interna
- PA1550 - Colite isquémica na Medicina Interna - caracterização da população internada num hospital terciário
- PA1553 - Adequação da terapêutica antibiótica no tratamento da colite isquémica
- PA1624 - Impacto das comorbilidades nas infeções por Influenza A, B e Vírus Sincicial Respiratório
- PA1683 - Incidência de défices nutricionais após cirurgia bariátrica
- PA1717 - Menos é mais? Avaliação de ciclos curtos de antibioterapia na prática clínica
- PA1802 - Centenários com fratura proximal do fémur: Perfil Clínico, Prognóstico e Abordagem Multidisciplinar

Approaching voltage-gated calcium channels as a possible new therapeutic strategy for dementia

Nuno Alemán-Serrano¹; Tiago Costa-Coelho²; Carolina Marçal²; Ana. M. Sebastião²;

Maria José Diógenes³

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

² INSTITUTO DE FARMACOLOGIA E NEUROCIÊNCIAS, FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE DE LISBOA; FUNDAÇÃO GIMM - GULBENKIAN INSTITUTE FOR MOLECULAR MEDICINE

³ INSTITUTO DE FARMACOLOGIA E NEUROCIÊNCIAS, FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE DE LISBOA; FUNDAÇÃO GIMM - GULBENKIAN INSTITUTE FOR MOLECULAR MEDICINE

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introduction

In AD the accumulation of amyloid-beta drives excessive calcium influx via methyl-D-aspartate (NMDA) receptors, which in turn lead to calpain-mediated brain-derived neurotrophic factor (BDNF) receptor cleavage. This generates a novel intracellular fragment, TrkB-ICD, with known nefarious effects. Nevertheless, a component responsible for at least 20% of calcium entry induced by oligomers remains unidentified. Voltage-gated calcium channels (VGCC), namely L-type, are found in the membrane of excitable cells, mediating calcium influx responses to membrane depolarization. Their inhibition is mostly used in therapeutics for hypertension control. Whether these channels contribute for BDNF receptor cleavage is yet to be studied.

Aim

Hence, this work aimed to investigate novel sources of calcium influx as potential triggers of TrkB-FL cleavage.

Methods

Firstly, DIV7 neocortical neurons were incubated with KCl, to induce membrane depolarization, and/or EGTA, a calcium chelator, to assess the contribution of extracellular calcium in TrkB-FL cleavage. In parallel, the contribution of VGCC in promoting calpain-mediated TrkB-FL cleavage was assessed by co-incubating KCl alongside either Nifedipine (L-type antagonist), ω -Agatoxine (P/Q-type antagonist), ω -conotoxin (N-type antagonist), SNX-482 (R-type antagonist) or Ethosuximide (T-type antagonist). Neuron homogenates were collected 24h post-treatment and their TrkB-FL, TrkB-ICD and ratio protein levels measured by western-blot. A time chase assay of KCl with and without Nifedipine was also conducted, assessing TrkB-FL and TrkB-ICD at 8, 16 and 24h.

Results

KCl-depolarized neurons increased levels of TrkB-ICD when compared to controls ($p < 0.05$, $n = 4-8$), with no changes in TrkB-FL immunoreactivity, which was rescued when co-incubated with EGTA ($p < 0.05$). Experiments performed with VGCC showed that Nifedipine was the only VGCC inhibitor able to promote a rescue in TrkB-ICD formation ($p < 0.05$, $n = 3-5$) and TrkB-ICD/TrkB-FL levels ($p < 0.05$, $n = 3-5$) at 24h post treatment. Results from the time chase assay revealed a similar trend, where co-treatment with Nifedipine decreased TrkB-ICD immunoreactivity at 16h ($p < 0.05$, $n = 4$) and 24h ($p < 0.05$, $n = 4$).

Conclusions

Altogether, these results showcase that TrkB-FL cleavage might not only be driven by NMDA-mediated calcium entry, but also by other calcium channels which opens the door for a possible novel approach by using the already approved VGCC blockers in the context of AD.

Keywords

Alzheimer's Disease, TrkB-ICD, BDNF, VGCC, NMDA;

Acknowledgments

AstraZeneca Young Medical Doctors Research Grant, European Union Horizon 2020 research and innovation programme under the grant agreement No. 952455, "Educação pela Ciência" Programme by GAPIC-Gabinete de Apoio à Investigação Científica, Tecnológica e Inovação; Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (MB37-2017) e (MB35-2021), HORIZON-WIDERA-2023-ACCESS-04-01 under grant agreement 101160180 (PANERIS).

BDNF signaling dysregulation across dementias

Nuno Alemán Serrano¹; Tiago Costa-Coelho²; Ana M. Sebastião²; Maria José Diógenes²

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

² INSTITUTO DE FARMACOLOGIA E NEUROCIÊNCIAS, FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE DE LISBOA; FUNDAÇÃO GIMM - GULBENKIAN INSTITUTE FOR MOLECULAR MEDICINE

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introduction

Alzheimer's disease (AD) is a neurodegenerative disorder, characterized by the accumulation of amyloid-beta ($A\beta$) alongside an impairment of brain-derived neurotrophic factor signaling. We described that $A\beta$ induces BDNF receptor (TrkB-FL) cleavage, generating an intracellular fragment, TrkB-ICD. Recently, we have shown that TrkB-ICD levels are increased in cerebrospinal fluid (CSF) of AD patients, when compared to a mild cognitive impairment (MCI) group (not due to AD). Curiously, the presence of this fragment and its generation has yet to be studied in other dementias, namely frontotemporal dementia (FTD).

Aim

Hence, this work aims to investigate the levels of TrkB-ICD and TrkB-FL in CSF from FTD patients, when compared to an MCI not due to AD (control group). In parallel, the predictive value of TrkB-FL, TrkB-ICD and TrkB-ICD/TrkB-FL in both AD and FTD was investigated.

Materials and methods

FTD patients (n=7) comprised individuals with high levels of p-tau and t-tau but deprived of an $A\beta$ -associated pathology, whereas MCI individuals (n=14) suffered from cognitive impairments without showing neurodegenerative markers. CSF samples were concentrated, and TrkB-FL and TrkB-ICD immunoreactivity quantified via western-blot.

Results

CSF from FTD patients showed an increase in TrkB-ICD levels, when compared to controls ($p=0,0015$ n=7-14). Importantly, correlations were withdrawn when comparing both p-tau (TrkB-ICD/TrkB-FL: $r=0,5828$; TrkB-ICD: $r=0,5832$, n=7-14) and t-tau (TrkB-ICD/FL: $r=-0,6160$; TrkB-ICD: $r=0,3165$, n=7-14) with TrkB-ICD and TrkB-ICD/TrkB-FL ratio, respectively. ROC analysis revealed TrkB-ICD/TrkB-FL as a potential disease monitoring marker in AD (AUC=0.71, n=23-46) and, TrkB-ICD in FTD (AUC=0.73, n=7-14).

Conclusions

The data show increased levels of TrkB-ICD but not a concomitant increase in TrkB-ICD/TrkB-FL in FTD samples. This suggests different fingerprints and pathophysiological mechanisms among FTD and AD, where both TrkB-ICD and TrkB-ICD/TrkB-FL are significantly increased.

Keywords

Alzheimer's Disease, TrkB-FL, TrkB-ICD, BDNF, FTD;

Acknowledgments

AstraZeneca Young Medical Doctors Research Grant, European Union's Horizon 2020 research and innovation programme under the grant agreement No. 952455, "Educação pela Ciência" Programme by GAPIC-Gabinete de Apoio à Investigação Científica, Tecnológica e Inovação; Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (MB37-2017) e (MB35-2021), HORIZON-WIDERA-2023-ACCESS-04-01 under grant agreement 101160180 (PANERIS).

O impacto da desregulação endócrina no desenvolvimento da fragilidade

**João Tiago Loja; Guilherme Coelho; Rafael Nascimento; Diogo Raposo André;
João Miguel Freitas; Pedro Balza; Miguel Homem Costa; Teresa Faria**

CH FUNCHAL-MARMELEIROS

Tema: Medicina geriátrica

Introdução

O sistema endócrino desempenha um papel preponderante na regulação do envelhecimento e da própria fragilidade. Com efeito, o declínio na síntese de hormonas com efeitos anabólicos associa-se à deterioração do sistema musculoesquelético. Assim, a monitorização dos níveis de hormonas como o fator de crescimento tipo insulina 1 (IGF-1), hormona paratiroideia (PTH) e sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEA-S) poderá fornecer informação relevante sobre a progressão da fragilidade.

Objetivo

Avaliar a relação entre o declínio hormonal e a fragilidade.

Metologia

Foram consultados retrospectivamente os processos clínicos de 131 doentes admitidos numa Unidade do Doente Frágil (UDF), de Janeiro de 2023 a Março de 2024. Procedeu-se à análise descritiva dos níveis de IGF, PTH e DHEA-S dos doentes que ingressaram na UDF neste período, consoante o seu grau de fragilidade e faixa etária.

Resultados

A maioria dos indivíduos tinha entre 80 e 89 anos (N=50,38%). 68 pessoas eram mulheres e as restantes 63 do género masculino. Aplicando a escala Frail simplificada, verificou-se que grande parte das pessoas que foram admitidas na UDF foi considerada frágil (N=111, 85%). O valor médio do IGF-1 foi de $92,7 \pm 44,71$ ng/ml dos doentes admitidos na UDF. Nos indivíduos pré-frágeis o valor médio de IGF-1 foi de $110,4 \pm 33,53$ ng/ml e nos frágeis o valor médio foi de $89,5 \pm 45,84$ ng/ml. O valor médio da PTH dos doentes admitidos na UDF foi $75,4 \pm 91,69$ pg/ml. Categorizando pela fragilidade, o valor médio de PTH foi de $52,1 \pm 24,91$ nos pré-frágeis e $72,4 \pm 64,76$ pg/ml nos frágeis. À admissão na UDF, o valor médio de DHEA-S foi de 56 ± 46 µg/dl. Nos indivíduos pré-frágeis o valor médio de DHEA-S foi de $110,4 \pm 33,53$ µg/dl e nos frágeis foi de $90,4 \pm 47,43$ µg/dl. Nos octogenários o valor médio de IGF-1 foi de $92,6 \pm 45,64$ ng/ml e o valor médio de DHEA-S foi de $59,3 \pm 54,48$ µg/dl. Nos nonagenários o valor médio de IGF-1 foi de $78,1 \pm 35,31$ ng/ml e o valor médio de DHEA-S foi de $34,6 \pm 25,11$ µg/dl.

Conclusões

Em concordância com os resultados obtidos noutros estudos, obtiveram-se níveis médios mais baixos de IGF-1 e DHEA-S nas pessoas frágeis comparativamente às pré-frágeis, bem como níveis tendencialmente mais baixos destas hormonas em idades mais avançadas. De um modo geral, níveis mais elevados de PTH foram encontrados em indivíduos frágeis por comparação aos pré-frágeis, destacando-se uma possível correlação entre o hiperparatiroidismo e a fragilidade. Por serem biomarcadores rapidamente disponíveis, poderão ser propostos como preditores da fragilidade. Assim, reforça-se a importância de conduzirem-se intervenções que improvem o sistema endócrino e previnam a fragilidade.

Drenagem Peritoneal Contínua em Cuidados Paliativos: 1 ano de experiência da Equipa Intra-Hospitalar

Ana Coimbra; Ana Lourenço Jardim; José Pedro Fernandes; Jandira Lima; Rui Garcia

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Cuidados paliativos/ Hospitalização Domiciliária

Introdução

A ascite refratária representa um desafio significativo na gestão de doentes com cancro avançado. Tradicionalmente, a paracentese de grande volume (PGV) tem sido o procedimento padrão, embora exija múltiplas intervenções hospitalares e contribua para o aumento do consumo de recursos, impactando negativamente a qualidade de vida dos doentes. Recentemente, a drenagem peritoneal contínua (DPC) através de cateter permanente tem emergido como uma estratégia paliativa promissora, possibilitando o controlo sintomático domiciliário e a redução das reintervenções, conforme demonstrado em estudos como Mercadante et al. (2008) e no ensaio REDUCE.

Objetivo

Avaliar a eficácia da DPC na gestão paliativa da ascite refratária, analisando seu impacto no controlo dos sintomas, na redução do número de internamentos e episódios de urgência, bem como na melhoria da qualidade de vida dos doentes. De forma secundária, pretende-se investigar a incidência de complicações associadas ao cateter peritoneal permanente e identificar variáveis clínicas que influenciem a sobrevida desde a instalação do dispositivo até ao óbito.

Material e Métodos

Estudo retrospectivo observacional realizado num período de um ano, incluindo doentes com cancro avançado e ascite refratária, submetidos a DPC pela Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos. A selecção da amostra baseou-se na disponibilidade de registos clínicos completos e na indicação paliativa para a intervenção. A recolha de dados abrangeu características demográficas, clínicas, laboratoriais, volume de ascite drenado, incidência de complicações (infecções, obstrução do cateter e outras complicações mecânicas ou clínicas) e desfechos, incluindo internamentos e atendimentos de Urgência. A análise dos resultados será realizada mediante estatística descritiva.

Resultados

Dos 1427 processos de atendimento na consulta, foram analisados 4 doentes (3 homens e 1 mulher) com idades de 44, 58, 78 e 74 anos que receberam um catéter de DPC. O diagnóstico principal em todos foi neoplasia maligna: adenocarcinoma do cólon, dois carcinomas hepatocelulares e um carcinoma gástrico. Antes da DPC, todos os doentes realizavam paracenteses semanais, com um volume total drenado entre 44 e 74 litros nas últimas 4 sessões. Após a implementação do protocolo de drenagem peritoneal ambulatoria – realizada 2 vezes por semana, com volumes de 2 a 4 litros por drenagem - manteve-se consulta semanal de paliativos para monitorização de complicações. Observou-se a ocorrência de obstrução do cateter em 1 doente e perda por drenagem peritubular em outro. No que diz respeito ao controlo de sintomas, verificou-se redução marcada das queixas de enfartamento, distensão abdominal e dor. Adicionalmente, foi possível reduzir a utilização de diuréticos e a dose total de opióides em todos os doentes, bem como diminuir para menos de um terço o tempo de permanência em consulta. O tempo decorrido desde a colocação do cateter até ao óbito variou entre 11 dias e 3 meses.

Conclusões

A DPC apresenta-se como uma abordagem viável e promissora na gestão paliativa da ascite refratária, permitindo melhor controlo de sintomas e redução da frequência de intervenção médica, favorecendo a autonomia e qualidade de vida dos doentes. Estes achados, embora preliminares e limitados pela pequena amostra e pelo carácter retrospectivo do estudo, corroboram a experiência de outros estudos na área, reforçando o potencial da DPC como estratégia em cuidados paliativos.

Análise retrospectiva dos internamentos por leishmaniose visceral num hospital de nível III

Constantin Sitari; João Pires Santos; Pedro Reboredo; Bruno Teixeira; Rosario Blanco Sáez

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALGARVE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A leishmaniose visceral é uma doença zoonótica causada por parasitas protozoários do género *Leishmania* que são transmitidos por flebótomos. Em Portugal a doença é causada por *L. infantum* e as populações mais afetadas são crianças com menos de 5 anos e indivíduos imunossuprimidos. Anualmente em Portugal são reportados 5-14 casos. O tratamento é realizado com Anfotericina B lipossomal ou Miltefosina.

Objetivo

Caracterizar os internamentos por leishmaniose visceral num hospital de nível III.

Material e Métodos

Foram analisados retrospectivamente os internamentos com diagnóstico principal de leishmaniose visceral num hospital de nível III no período de 2010 a 2024. Os dados foram recolhidos do arquivo clínico eletrónico, tendo sido avaliados os seguintes parâmetros: a idade, o sexo, imunossupressão previa, tipo de tratamento, número de recidivas, necessidade e tipo de profilaxia.

Resultados

No período de tempo de 2010 a 2024 foram identificados 17 doentes internados com diagnóstico de leishmaniose visceral. A idade média na amostra foi de 59.9 anos. O sexo masculino foi mais prevalente: homens 76.5 % (13 doentes), mulheres 23.5% (4 doentes). Em relação aos fatores de imunossupressão, 12 doentes (70.5%) apresentavam infeção prévia por Vírus da Imunodeficiência Humana 1 (VIH1). Outros 5 doentes (29.5%) apresentavam imunossupressão em relação com terapêutica realizada por diagnóstico de Artrite Reumatoide. Todos os doentes foram medicados com Anfotericina B lipossomal. Em termos de recidivas, em 10 doentes não se verificou, 3 doentes tiveram 1 recidiva, 1 doente - 3 recidivas, 1 doente - 4 recidivas e 2 doentes - 5 recidivas. A taxa de recidivas foi maior no grupo de doentes com infeção por VIH1 (50% de doentes tiveram pelo menos 1 recidiva), nos 8 dos quais, foi introduzida profilaxia a data de alta (7 doentes - Anfotericina B lipossomal e 1 doente - Anfotericina B lipossomal + Miltefosina). Noutro grupo não se verificou nenhuma recidiva.

Conclusões

A leishmaniose visceral afeta principalmente indivíduos imunossuprimidos, sendo a infeção por VIH1 o principal fator de risco identificado (70,5% dos casos), seguida da imunossupressão por terapêutica para artrite reumatoide (29,5%). Neste estudo, a taxa de recidiva foi de 50% nos doentes com VIH1, contrastando com a ausência de recidivas no grupo sem esta infeção, reforçando a necessidade de profilaxia secundária e monitorização contínua até que a reconstituição imunológica sustentada seja alcançada. O tratamento com Anfotericina B lipossomal mostrou-se eficaz, sendo utilizado em todos os casos. A baixa incidência anual da doença em Portugal torna essencial um diagnóstico precoce e seguimento adequado, especialmente nos grupos de risco.

Seguimento em consulta especializada em Insuficiência Cardíaca e Internamentos por todas as causas

Maria Eduarda Moniz; Cláudia Sousa; Luís Santos; Catarina Neto; Bela Machado; Carolina Gouveia; Manuela Lélis; Teresa Faria

SESARAM EPERAM

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa responsável por elevadas taxas de hospitalizações e de mortalidade. O seguimento em consultas especializadas de IC tem sido associado a melhorias dos outcomes clínicos, conduzindo sobretudo a uma redução de descompensações e hospitalizações em doentes com IC.

Objetivo

Este estudo foi desenhado com o objetivo de avaliar a influência do seguimento de doentes com IC numa consulta especializada de IC gerida por internistas no número de idas ao Serviço de Urgência (SU) por IC, hospitalizações por IC e hospitalizações por todas as causas após 1 ano de seguimento. Assim, foram comparados os números de idas ao SU, hospitalizações por IC e hospitalizações por todas as causas um ano antes e um ano após iniciarem o seu seguimento.

Material e métodos

Este estudo retrospectivo incluiu uma amostra de 105 doentes seguidos durante 1 ano numa consulta especializada de IC. A idade média era de 71,2 anos e 59% eram do sexo masculino. 70,5% tinham hipertensão arterial, 43,8% fibrilhação auricular, 36,2% doença renal crónica, 33,3% ferropénia, 31,4% diabetes mellitus e 14,3% doença pulmonar obstrutiva crónica. As principais etiologias da IC foram a isquémica (31,4%), a hipertensiva (21%), a alcoólica (17,1%) e a arritmica (9,5%). De acordo com a classificação da New York Heart Association, 47,6% dos doentes encontravam-se no estadio II, 30,5% no estadio I e 21% no estadio III. O NT-proBNP médio à admissão era de 3064,1 pg/mL e a hemoglobina média de 13,6 mg/dL.

Resultados

Ao fim de 1 ano de seguimento houve uma redução de 64,8% no número de idas ao SU por IC e de 71,3% no número de internamentos por IC. Além disso, verificou-se ainda uma diminuição de 52,8% no número de internamentos por todas as causas, face ao ano anterior. Ao longo deste período 7 doentes recorreram ao hospital de dia e realizaram terapêutica endovenosa descongestiva.

Conclusões

O seguimento de doentes com IC em consulta especializada de IC permitiu uma redução de idas ao SU e de hospitalizações por IC, como também uma redução de internamentos por todas as causas. De facto, o seguimento nesta consulta gerida por internistas promoveu uma maior vigilância de sinais e sintomas de IC, bem como uma gestão simultânea de outras comorbilidades. Por outro lado, a maior estabilização da IC levou a um menor risco de desenvolvimento de complicações associadas, conduzindo a uma melhoria clínica global. Além disso, do ponto de vista financeiro esta diminuição importante de idas ao SU e de internamentos acarretou menores custos.

Para concluir, estes dados são concordantes com a literatura atual e reforçam a importância do seguimento em consulta especializada de IC na melhoria dos outcomes clínicos.

Emergência – a propósito de uma Equipa Médica de Emergência Intra-Hospitalar num hospital português

João Gouveia; Alexandra Rodrigues; Duarte André Ferreira; Dina Santos; Teresa Faria

HOSPITAL DR. NÉLIO MENDONÇA

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução

A emergência hospitalar, particularmente a paragem cardiorrespiratória (PCR) hospitalar, não é por norma um acontecimento súbito e inesperado, mas sim o resultado de uma falência progressiva, acompanhada de sinais de alerta, que são muitas vezes independentes da causa ou doença subjacente. A Equipa Médica de Emergência Intra-Hospitalar (EMEIH) deste hospital, constituída unicamente por elementos do serviço de Medicina Interna visa, como as outras demais equipas de emergência médica, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados em contexto de emergência hospitalar, não só aos doentes internados, como também da consulta externa, Hospital de Dia e Unidade de Tratamento de Toxicodependência.

Objetivos

Avaliar o impacto da Equipa de Emergência Médica de Emergência Intra-Hospitalar na qualidade dos cuidados prestados aos doentes em contexto de emergência hospitalar, num hospital português.

Material e Métodos

Estudo longitudinal retrospectivo de qualidade assistencial da EMEIH de um hospital português, em contexto de emergência hospitalar, num período de 3 anos (de 2022 a 2024). Foram consultados os processos clínicos dos doentes, cujos formulários de activação da EMEIH foram preenchidos.

Resultados

Nos anos de 2022 a 2024, a EMEIH foi chamada a 73 ocorrências. Destas, 98.6% (n=72) constituíram verdadeiras emergências e apenas 1.4% (n=1) não o eram. Entre as emergências, salientam-se que 72% (n=51) foram por PCR e 29.2% (n=21) por outro tipo de situações. Do total de PCR, documentou-se Return of Spontaneous Circulation (ROSC) em 19.6% (n=10) dos casos e morte em 80.4% (n=41) dos casos. À chegada da EMEIH, 57.5% (n=42) dos doentes estavam monitorizados. Dos ritmos registados à chegada da EMEIH, 60.8% (n=31) eram assistolias, 19.6% (n=10) eram actividades eléctricas sem pulso (AEsp), 13.7% (n=7) fibrilhações ventriculares (FV) e em 5.9% (n=3) taquicardias ventriculares (TV) sem pulso. A mediana do tempo de resposta da equipa foi de 3 minutos.

Dos doentes abordados pela equipa, a maioria era do sexo masculino (48; 65.7%) e a mediana de idades foi de 63 anos. A causa mais prevalente de chamada da EMEIH foi não cardíaca (54; 74%). Após a abordagem pela EMEIH, cerca de 13.7% (n=10) foram transferidos para o Serviço de Medicina Intensiva, 9.6% (n=7) para o Serviço de Urgência, 19.2% (n=14) permaneceram no serviço de origem e 58% (n=42) faleceram.

Conclusões

Por forma a potenciar a qualidade assistencial ao doente numa instituição de saúde é necessária a existência de um sistema de alarme eficaz, bem como uma monitorização e abordagem rápida e sistematizada dos doentes.

Para isto, a formação contínua dos profissionais de saúde é fundamental.

Anticoagulação na Prevenção do AVC: Barreiras, Desafios e Impacto Clínico

Francisca Sarmento; Raquel Dias; Ana Rita Andrade; João Neves; João Silva; Marta Freixa; Marco Ribeiro Narciso; Sara Sarmento

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

O acidente vascular cerebral (AVC) de etiologia cardioembólica é uma complicação grave frequentemente associada à fibrilhação auricular (FA). A anticoagulação oral (ACO) é a principal estratégia na prevenção destes eventos, mas a sua eficácia pode ser comprometida por diversos fatores, incluindo características individuais do doente, má adesão, prescrição inadequada e necessidade de suspensão por risco hemorrágico.

Objetivo

Analisar as características dos doentes internados com AVC cardioembólico previamente anticoagulados, avaliando a adequação da anticoagulação e os fatores que influenciaram a sua manutenção ou suspensão.

Métodos

Estudo retrospectivo que incluiu doentes internados num Serviço de Medicina Interna com AVC isquémico cardioembólico entre 2022 e 2024, previamente anticoagulados. Foram recolhidos dados demográficos e clínicos através da revisão de notas clínicas.

Resultados

A maioria dos doentes eram mulheres (56,67%), com uma média de idades de 80,75 anos ($\pm 11,69$). A fragilidade foi avaliada pela *Clinical Frailty Scale* (CFS), sendo a maioria dos doentes classificados com CFS ≥ 3 . Entre os doentes anticoagulados previamente ao evento, 91,67% tinham diagnóstico de FA, mas apenas 78,33% estavam sob ACO no momento do AVC. Esta discrepância pode ser justificada por fatores como má adesão à terapêutica, suspensão da anticoagulação por risco hemorrágico ou prescrição inadequada.

Entre os doentes sob ACO, 31,9% apresentavam dose inadequada, principalmente devido a prescrição médica incorreta (60%), além de fatores como idade avançada e função renal comprometida. Nos casos em que a anticoagulação havia sido suspensa, as principais razões foram risco hemorrágico (50%) e falta de adesão (35,7%). Entre os doentes com dose adequada de ACO, observou-se uma predominância do apixabano (36,1%) e do rivaroxabano (33,3%), que, em conjunto, representaram 69,4% dos casos.

À data de alta hospitalar, 13,3% dos doentes não estavam anticoagulados, sobretudo devido a eventos hemorrágicos durante o internamento. O apixabano (31,67%) e o rivaroxabano (28,33%) foram os anticoagulantes mais prescritos, sem associação entre o índice de fragilidade e o tipo de anticoagulante utilizado. No entanto, verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre idade e escolha do anticoagulante ($p=0,05$), com o edoxabano sendo mais frequentemente utilizado em doentes mais idosos.

Conclusão

Apesar da ampla prescrição de anticoagulantes na prevenção do AVC cardioembólico, barreiras como dose inadequada, interrupção da terapêutica por risco hemorrágico e falta de adesão comprometem a sua eficácia. A fragilidade dos doentes influencia a decisão clínica, mas não impediu a manutenção da anticoagulação na maioria dos casos. Estes resultados destacam a necessidade de estratégias para otimizar a adequação da terapêutica e reduzir as falhas na prevenção do AVC, garantindo um melhor equilíbrio entre risco trombótico e hemorrágico.

Impacto da Fragilidade na Evolução Clínica de Idosos com Insuficiência Cardíaca Descompensada

Francisca Sarmento; Raquel Dias; Ana Rita Andrade; João Neves; Nuno Azevedo; João Silva; Marta Freixa; Nayive Gómez; Marco Ribeiro Narciso; Sara Sarmento

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica frequente e complexa, com impacto significativo na saúde, devido à sua elevada taxa de mortalidade e impacto na qualidade de vida dos doentes. Paralelamente, a fragilidade, um estado de vulnerabilidade aumentada a eventos adversos de saúde, é comum em idosos com IC, tornando a sua gestão clínica ainda mais complexa, dado poder estar associada a pior prognóstico, maior risco de hospitalização e necessidade de cuidados paliativos.

Objetivo

Avaliar a prevalência da fragilidade em doentes idosos internados por insuficiência cardíaca descompensada, analisar a sua relação com evolução clínica, incluindo mortalidade e hospitalizações, e explorar o impacto da terapêutica modificadora do prognóstico no risco de reinternamento.

Métodos

Estudo retrospectivo realizado em doentes com ≥ 65 anos, internados num serviço de medicina interna por insuficiência cardíaca descompensada, durante os anos de 2022 e 2023.

Resultados

A amostra incluiu 299 doentes, dos quais a maioria eram mulheres (59,2%). Um total de 70,85% dos doentes apresentava Clinical Frailty Scale (CFS) ≥ 5 , indicando um grau moderado-grave de fragilidade. A cardiopatia hipertensiva foi a etiologia mais prevalente (52,5%), frequentemente associada a outras patologias cardíacas, como doenças valvulares e isquémicas. Antes do internamento, 72,24% dos doentes não estavam sob terapêutica modificadora do prognóstico, mas este número aumentou para 56,86% após optimização de terapêutica no internamento. A introdução da mesma no internamento demonstrou estar associada a um menor risco de reinternamento por insuficiência cardíaca aos 30 dias.

Quanto aos eventos clínicos, a mortalidade a um ano foi de 11,37%, com 7,69% dos doentes a serem reinternados por insuficiência cardíaca dentro de 30 dias após a alta. A fração de ejeção (FEj) mostrou uma associação significativa com a mortalidade a um ano. No entanto, não foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre a fragilidade e o número de hospitalizações por IC descompensada, nem entre a FEj e o reinternamento por IC aos 30 dias.

Contudo, os doentes classificados como frágeis (CFS ≥ 5) apresentaram taxas significativamente mais elevadas de mortalidade a um ano ($p = 0,004$) e um maior número de hospitalizações subsequentes ($p < 0,05$), independentemente da fração de ejeção. Além disso, entre os doentes frágeis, verificou-se que aqueles que não receberam terapêutica modificadora do prognóstico durante o internamento tiveram um risco ainda maior de reinternamento e hospitalizações frequentes ao longo do ano seguinte, reforçando a associação entre fragilidade e pior prognóstico clínico.

Conclusão

A fragilidade, avaliada pelo CFS, é um marcador importante na previsão eventos clínicos em doentes com insuficiência cardíaca. Doentes frágeis apresentam maior risco de mortalidade e hospitalizações subsequentes, bem como maior probabilidade de reinternamento por insuficiência cardíaca. O reconhecimento precoce da fragilidade e a introdução de terapêuticas modificadoras de prognóstico são essenciais para melhorar o prognóstico desses doentes, devendo ser uma prioridade na gestão clínica da insuficiência cardíaca. Estudos futuros devem explorar estratégias para otimizar o tratamento dos doentes frágeis, frequentemente excluídos de ensaios clínicos, com o objetivo de melhorar a sobrevida e reduzir hospitalizações.

Tomografia prévia à punção lombar: estudo retrospectivo sobre adesão às recomendações IDSA e ESCMID

Pedro Laranjo; Margarida Santos; Mónica Ferro Silva; Rodrigo Morgado; Luísa Alvarenga; Valentyn Roshkulets; Yulia Shigaeva; Henrique Rita

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO LITORAL ALENTEJANO

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

A meningite adquirida na comunidade (MAC), em particular a bacteriana, é uma emergência médica. Para exclusão de condições que aumentem a pressão intracraniana e consequente risco de herniação cerebral é prática comum a realização de tomografia computadorizada crânio-encefálica (TC-CE) previamente à realização da punção lombar (PL) diagnóstica. Porque a sobre utilização da TC-CE representa um aumento de custos, atraso no diagnóstico e no tratamento, várias sociedades têm apresentado diferentes critérios para o uso racional deste exame de imagem prévio à PL.

Objetivo

Avaliar o uso racional da TC-CE prévia à PL em doentes com suspeita de MAC de acordo com as orientações da *Infectious Diseases Society of America* (IDSA) e da *European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases* (ESCMID)

Material e Métodos

estudo retrospectivo observacional realizado num hospital terciário com pesquisa de admissões em adultos (> 18 anos) por meningite adquirida na comunidade entre Novembro de 2016 a Novembro de 2022.

- Critérios para TC-CE pela IDSA (pelo menos 1): imunossupressão, antecedente de doença do sistema nervoso central, crise convulsiva recente, papiledema, alteração do estado de consciência, défice neurológico focal.
- Critérios para TC-CE pela ESCMI (pelo menos 1): imunossupressão, antecedente de doença do sistema nervoso central, crise convulsiva recente, alteração do estado de consciência grave com score < 10 na Escala de Coma de Glasgow (ECG), défice neurológico focal (excluindo parésia de nervos cranianos).

Os dados recolhidos foram posteriormente tratados com Recurso a Microsoft Excel.

Resultados

Da pesquisa foram devolvidas 34 admissões, das quais foram excluídas 16 (transferências inter-hospitalares, meningites não comunitárias e 1 por contra-indicação não imagiológica a realização de PL). A população do estudo foi composta por 55.5% (n=10) homens e 44.5% (n=8) mulheres, com média idade de 58.4 anos, mediana 63.5 anos e variação dos 27 aos 82 anos. Dos doentes incluídos (n=18) todos realizaram TC-CE antes da PL. Indicação adequada em 72.2% (n=13) dos casos pelos critérios da IDSA e 66.7% (n=12) pela ESCMID. Em 27.8% dos casos (n=5) não existia indicação para TC-CE prévia por nenhuma das guidelines. A alteração do estado de consciência (n=8) e crise convulsiva de novo (n=4) foram os critérios mais frequentes a justificar realização de TC-CE prévia pelos critérios da IDSA e ESCMID respetivamente.

Conclusões

A baixa adesão às recomendações da IDSA ou ESCMI não é exemplo único. Num estudo retrospectivo publicado em 2017 por Salazar e Hasbun, 64% dos doentes vs 27.8% deste estudo não tinham indicação pelos critérios da IDSA para a realização da TC-CE. Diferenças que podem ser explicadas pela amostra reduzida e idade mais avançada dos doentes neste trabalho.

O uso de contraste iodado endovenoso (IV) agrava significativamente a função renal?

Catarina Bico Filipe; Telma Costa Cabral; João Cafôfo; Lígia Antunes Gonçalves; Mariana Lança de Oliveira; Madalina Gututui; Pedro Moules; Rita Palma Féria; Adriana Fernandes; Isménia de Oliveira; Ana Grilo

HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

Tema: Doenças renais

Introdução

A lesão renal aguda (LRA) induzida pelo contraste iodado é a terceira causa mais frequente de LRA no doente hospitalizado, encontrando-se associada a maior morbilidade e mortalidade, bem como a maior duração de internamento. O seu diagnóstico é essencialmente clínico, após exclusão de outras causas de LRA. A sua incidência depende da presença de outros fatores de risco, do tipo de contraste utilizado e do volume administrado.

Objetivo

Estudo transversal que pretende analisar a incidência de LRA após administração de contraste iodado IV em doentes internados.

Material e Métodos

Foram incluídos os doentes internados na enfermaria de Medicina Interna a 12/2/2025 e que tivessem realizado tomografia computadorizada ou angiografia com contraste iodado IV. Excluíram-se os que não apresentavam creatinina nas primeiras 48h após administração de contraste IV.

Foram colhidos, a partir dos registos clínicos informáticos, dados demográficos, comorbilidades, administração de fármacos nefrotóxicos, bem como, dados analíticos (creatinina seriada: pré-administração de contraste, nas primeiras 48h após e 7 dias após). Foi também avaliado se foi realizada profilaxia de nefropatia induzida pelo contraste (NIC).

A NIC foi definida, de acordo com as guidelines KDIGO de 2012, como um aumento creatinina $\geq 0,5$ mg/dL ou $\geq 25\%$ do valor basal nas primeiras 48h após o procedimento radiológico.

Resultados

Partiu-se de uma amostra total de 120 doentes, dos quais apenas 19 cumpriam os critérios de inclusão. A maioria era do género feminino (11 doentes, 58%) e com idade média de 73 anos. Cerca de 42% (8) eram diabéticos e 15.8% (3) apresentava doença renal crónica (DRC). A duração mediana de internamento foi de 18 dias. A mortalidade foi de 0%.

Objetivou-se que três doentes cumpriram critérios de NIC (15.8%), com um aumento médio de 33.2% da creatinina face ao basal. Nenhum deles apresentava DRC e, por isso, não foi realizada profilaxia. Apenas um doente era diabético. Não foram administrados outros nefrotóxicos.

O desenvolvimento de nefropatia induzida pelo contraste não se associou a maior duração mediana de internamento (11 dias nos doentes com NIC vs. 21 dias nos doentes que não desenvolveram NIC) ou mortalidade (0%). Ao fim de 7 dias da administração de contraste venoso iodado, não se objetivou o retorno ao valor basal de creatinina em apenas 1 doente.

Conclusões

Apesar de se tratar de uma amostra de pequenas dimensões, a incidência de NIC é similar à encontrada noutros estudos. Os desfechos clínicos a curto prazo (duração de internamento ou mortalidade) não foram piores relativamente aos doentes que não desenvolveram NIC. No entanto, num doente não se verificou recuperação da função renal aos 7 dias o que poderá ter implicações a longo prazo.

Characterization and Management of Hyperkalaemia in Real-World Clinical Practice

Isabel Lavadinho¹; Paulo Colunas¹; Márcio Viegas¹; Mariana Sousa²; Ana Sofia Correia²; Gil Silva³; Graça Caires³; Rui Filipe⁴; Paula Paiva⁴; Rita Lopes⁵; Marisa Pardal⁶; Rudolfo Francisco⁶; João Couceiro⁶; Diogo Pedroso⁶; Filipa Bernardo⁶

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO ALENTEJO

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

³ SESARAM

⁴ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE CASTELO BRANCO

⁵ MTG RESEARCH AND DEVELOPMENT LAB

⁶ ASTRAZENECA PORTUGAL

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introduction

Hyperkalaemia (HK) is a serious medical condition that can lead to life-threatening cardiovascular (CV) complications, being more prevalent in patients with chronic kidney disease (CKD) or heart failure (HF). Renin-angiotensin-aldosterone system inhibitors (RAASi) are the cornerstone therapy to reduce morbidity and mortality risk in cardiorenal patients. However, RAASi therapy increases the risk of HK and is often down-titrated or discontinued in cardiorenal patients with HK episode. HK management in acute and chronic setting is critical to decrease the risk of adverse events and ensure that RAASi can be maintained toward a better prognosis in CKD and HF patients. However, evidence on the real-world HK management in Emergency Room (ER) and chronic setting remains scarce.

Objective

This study aims to determine the incidence, persistence and management of HK episodes in ER setting in adult subjects, between January 2022 and December 2022, to characterize those patients that had a HK episode, and to assess the management and outcomes of the HK episodes.

Methods

Observational, longitudinal, multicentric, retrospective study based on the secondary use of routinely collected data on hospital admissions processed from electronic health records of 6 Local Health Units (ULS). Adult patients with at least one admission with documented HK (serum K⁺ $\geq$ 5.5 mmol/L) between January 2022 and December 2022 and at least one appointment at the participating ULS in the 365 days prior to index date (date of the first admission in the ER with documented HK) will be included. All HK episodes that were managed in the ER (calcium gluconate, insulin, glucose, B2-adrenergic agonist, sodium bicarbonate, intravenous fluids, diuretics, sodium zirconium cyclosilicate, sodium polystyrene sulfonate, patiomer, cation-exchange resins[MR1], or dialysis) were counted. Only ULS with Hospitals that have Nephrology Care in the ER were considered, to ensure that patients with HK were not referred to other Hospitals and to guarantee that HK management options are balanced between distinct ULS. The severity of HK was assessed according to the laboratory tests performed at index date and classified as mild (serum K⁺ 5.5-5.9 mmol/L), moderate (serum K⁺ 6.0-6.4 mmol/L) or severe (serum K⁺ $\geq$ 6.5 mmol/L). Patients with a first HK episode were characterized (demographics, clinical characteristics and treatment patterns) and followed-up for a period up to 12 months to assess the outcome of the first HK episode (hospitalization or death), recurrence of admissions with HK, follow-up in chronic setting, changes in RAASi therapy prescription, and normokalaemia maintenance. All analyses are descriptive.

Results

This study is currently ongoing. While definitive results are not yet available, we anticipate that our findings will contribute valuable insights to HK management. These findings are expected to support the development of strategies for a better HK management and the cardiorenal patient journey itself with the aim to improve patient outcomes in the context of CKD and HF.

Conclusions

The results of this study have the potential to be used to increase the awareness of HK burden and may be useful in developing strategies to prevent and treat HK. A better management of HK can allow the maintenance or reinitiation or even uptitration of recommended treatment for CKD and HF, toward improvement of patients' outcomes.

Escala Pain Assessment in Advanced Dementia em doentes com compromisso da comunicação

Miguel Rodrigues; Alice Figueiredo; Joana Simões; Hugo Casimiro; Diana Pedreira; Violeta Suruceanu; Beatriz Navarro; Ermelinda Pedroso

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA ARRÁBIDA

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

A dor é uma experiência subjetiva que pode ser difícil de identificar em doentes com demência ou compromisso da comunicação. A escala PAINAD é uma ferramenta validada para avaliar a dor nesta população, auxiliando no diagnóstico e tratamento adequado.

Objetivo

Avaliar a presença de dor em doentes internados com demência, comparando os resultados obtidos através da PAINAD com os registos médicos e de enfermagem, e analisar a adequação da terapêutica instituída.

Material e Métodos

Estudo transversal incluindo doentes internados em Medicina Interna e Cirurgia Geral, com diagnóstico de demência ou incapacidade de comunicação. Aplicação da escala PAINAD, comparação com registos médicos e de enfermagem, e análise da terapêutica prescrita. Os dados foram anonimizados e analisados com o programa JASP.

Resultados

De 223 doentes, 18 foram incluídos (11 homens, 7 mulheres), com idade média de 77 anos. Todos apresentaram dor na PAINAD: 6 com dor ligeira, 6 com dor moderada e 6 com dor intensa. No diário médico, a dor foi registada em apenas 6 doentes, sem quantificação ou inclusão na lista de problemas. A enfermagem identificou dor em 4 doentes, utilizando a escala visual analógica. Em relação à terapêutica, 38,8% não tinham analgesia prescrita, predominando o uso de paracetamol (9/18) e metamizol (6/18). Dos 10 doentes com dor moderada a severa, apenas 4 estavam medicados com opióides.

Conclusões

A dor permanece subvalorizada e subtratada, especialmente em doentes incapazes de comunicar. Este estudo sugere uma inadequação entre a terapêutica prescrita e a intensidade da dor relatada. A implementação de um protocolo de identificação e tratamento da dor, aliado a formação específica, poderá melhorar a qualidade de vida destes doentes e otimizar o uso de ferramentas de avaliação validadas.

Salmonelose: Apresentação clínica e prognóstico em doentes imunocompetentes e imunodeprimidos

Maria Beatriz Marques; Joana Correia Nunes; Renata Ribeiro; Frederico Batista; Miguel Miguel; Sandra Schafer; Isabel Monge; João Fernandes Serôdio; José Delgado Alves

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE AMADORA/SINTRA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A salmonelose é uma infeção invasiva por *Salmonella* não *typhi* que é relativamente rara em Portugal. No entanto, trata-se de uma infeção grave associada a elevada morbimortalidade. A apresentação clínica e o prognóstico da salmonelose na crescente população de doentes imunodeprimidos não estão bem estabelecidos.

Objetivo

Avaliar as diferenças na apresentação clínica e no prognóstico da salmonelose entre doentes imunodeprimidos (ID) e imunocompetentes (IC).

Material e Métodos

Análise retrospectiva observacional de todos os doentes com mais de 18 anos internados com bacteriemia por *Salmonella* não *typhi* num hospital da área da Grande Lisboa num período de 13 anos (2012-2024). Os doentes com bacteriemia por *Salmonella typhi* ou *Salmonella paratyphi* foram excluídos. Foram avaliadas variáveis demográficas, clínicas, laboratoriais e microbiológicas. Consideraram-se como doentes imunodeprimidos os doentes com: imunodeficiência primária, infeção por Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH), doentes transplantados, com neoplasia hematológica, neoplasia sólida sob tratamento ativo com quimioterapia e doença autoimune sob imunossupressão. Através de regressão logística, realizou-se uma análise de mau prognóstico considerando uma variável de interesse composta por: bacteriemias recorrentes/persistentes, focalização secundária e mortalidade intra-hospitalar.

Resultados

Foram incluídos 49 doentes internados com bacteriemia por *Salmonella* não *typhi*, com idade mediana de 68 (57-78) anos. As estirpes mais frequentes foram *Salmonella thyphimurium* (N=21, 42,86%) e *Salmonella enteritidis* (N=18, 36,74%). Todas as infeções foram adquiridas na comunidade. Foram identificados 25 doentes (51%) com imunossupressão: 8 doentes com infeção VIH, 8 com neoplasia de órgão sólido, 2 com neoplasia hematológica e 7 com doença autoimune sob imunossupressão. A apresentação clínica dos doentes imunocompetentes foi mais frequentemente gastroenterite (IC 92% vs. ID 60%, $p=0,005$), enquanto que os doentes imunodeprimidos apresentaram bacteriemia sem foco com maior frequência (ID 36% vs. IC 4%, $p=0,011$). Relativamente ao prognóstico, 4 doentes (8,2%) apresentaram recorrência/persistência da bacteriemia; 4 (8,2%) focalização secundária (1 com aneurisma micótico, 1 com osteomielite, 1 com abscesso abdominal e 1 com peritonite bacteriana); 9 doentes (18%) faleceram no internamento. Os doentes imunodeprimidos estiveram associados a pior prognóstico com OR 5,29 (IC95% 1,05-26,63; $p=0,043$).

Conclusões

A salmonelose é uma infeção grave, verificando-se, nesta coorte, mortalidade hospitalar de cerca de 1 em cada 5 doentes. Cerca de metade dos doentes afetados eram imunodeprimidos. Os doentes imunodeprimidos apresentaram mais frequentemente manifestações clínicas atípicas (bacteriemia primária sem foco). Considerando uma variável composta por bacteriemias recorrentes/persistentes, focalização secundária e mortalidade intrahospitalar, os doentes imunodeprimidos estiveram associados a pior prognóstico.

Cardiopatía hipertensiva nas mulheres

Sofia Pereira; Pedro Maciel; Joana Sampaio

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

Os mecanismos da repercussão da hipertensão arterial nos diversos órgãos, em particular no coração parece diferir de acordo com o sexo e o género. A cardiopatía hipertensiva é mais prevalente nas mulheres. Em particular, nas mulheres após a menopausa, o risco cardiovascular, nomeadamente de insuficiência cardíaca de fração ejeção preservada e de fibrilação auricular aumenta com valores de pressão arterial mais baixos, comparativamente aos homens.

Objetivo

Avaliar o impacto de outros fatores de risco cardiovascular nos doentes com cardiopatía hipertensiva de acordo com o sexo.

Material e Métodos

Dados administrativos de doentes admitidos num hospital público no ano de 2023. Foram selecionados os doentes com o diagnóstico principal ou adicional de cardiopatía hipertensiva, com ou sem doença renal hipertensiva associada. Obtidos dados sobre a idade, sexo, comorbilidades como obesidade, diabetes *mellitus* tipo 2, dislipidemia, fibrilação ou flutter auricular (FA), e ainda tabagismo e consumo etílico. Os diagnósticos estão codificados de acordo com a revisão da ICD-10. Trata-se de um estudo descritivo em que foram calculadas frequências e médias. Na análise estatística utilizou-se o programa SPSS 29. Considerou-se significativo um $P < 0.05$.

Resultados

Do total de 3064 internamentos com o diagnóstico de cardiopatía hipertensiva, foram excluídos 650 (21.2%) casos de internamentos duplicados, de que resultou um total de 2414 doentes, 1173 mulheres e 1241 homens. A idade média foi de 78.1 anos, sendo maior nas mulheres (80.9 ± 10.3 Vs 75.4 ± 11.5) comparando com os homens. Apenas 49 (2.0%) tinham 50 ou menos anos de idade. As mulheres tinham maior prevalência de obesidade (36.4% Vs 29.1%, $p < 0.001$) e de FA (48.2% Vs 42.4%, $p < 0.001$), já o tabagismo (2.4% Vs 13.5%, $p < 0.001$) e o consumo etílico (3.2% Vs 15.9%, $p < 0.001$) eram menos frequentes nas mulheres. A frequência de diabetes (44.8% Vs 45.0%, $p = 0.477$) e da dislipidemia (66.3% Vs 66.6%, $p = 0.469$) era semelhante nas mulheres e nos homens. A doença renal hipertensiva estava associada à cardiopatía hipertensiva em 856 (35.6%) doentes e foi menos frequente nas mulheres (44.3% Vs 55.7%) comparando com os homens. Ao analisar a prevalência de obesidade e FA de acordo com o sexo, mas estratificando para os grupos etários só se manteve significado estatístico nos casos com mais de 50 anos.

Conclusões

Nos doentes internados com o diagnóstico de cardiopatía hipertensiva a prevalência de obesidade e FA foi maior nas mulheres com mais de 50 anos. A maior prevalência de FA nas mulheres hipertensas mais velhas, como já descrito na literatura, poderá justificar a maior incidência de acidente vascular cerebral e deverá condicionar maior atenção e intervenção nesta população.

Caracterização dos fatores de risco da população internada por AVC isquémico no período de 1 ano

Marta C Machado; Catarina Negrão; Margarida Mourato; Sofia Prada; João Tiago Serra; Feranando Aldomiro

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE AMADORA/SINTRA

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

As doenças cardiovasculares são a segunda principal causa de morte na União Europeia. Dentro deste grupo, as mais comuns são a cardiopatia isquémica e os acidentes vasculares cerebrais (AVC), que partilham fatores de risco.

Em Portugal, os AVC representam 9,8% da mortalidade, com uma taxa de 106,5 mortes por 100 mil habitantes.

Além do impacto na morbilidade e mortalidade, os AVC representam um elevado custo económico, devido aos cuidados de saúde necessários tanto durante o internamento como no período pós-alta, que frequentemente envolve reabilitação.

Estima-se que, nos próximos 20 anos, a prevalência de AVC aumente 3% na Europa, tornando-se essencial investir na sua prevenção primária e secundária.

Objetivo

- Caracterizar os fatores de risco cardiovasculares da população internada por AVC isquémico nos Serviços de Medicina Interna.
- Analisar as características clínicas e imagiológicas dos doentes internados por AVC isquémico;
- Discriminar os exames complementares de diagnóstico realizados na investigação etiológica nos doentes internados por AVC isquémico.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo retrospectivo, analítico e transversal. Foi solicitado ao Departamento de Informática da instituição hospitalar a listagem dos indivíduos internados nos Serviços de Medicina com o diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral Isquémico (codificado com ICD-10 I63) entre o dia 1 de janeiro de 2019 e 31 de dezembro de 2019.

Foram colhidas as variáveis e aplicados os critérios de inclusão e exclusão definidos no desenho do estudo.

Resultados

Este estudo envolveu no total 663 doentes dos quais, após aplicados os critérios de exclusão definidos previamente, resultaram 487 internamentos por AVC isquémico nas enfermarias de Medicina.

Dos fatores de risco CV estudados, o mais comum foi a HTA (83,1%), seguida da dislipidemia (53,5%), diabetes mellitus (32,5%), tabagismo (24,8%) e alcoolismo (15,1%).

A idade revelou-se um fator de risco importante, especialmente entre as mulheres, uma vez que 50% das doentes tinham mais de 80 anos.

Dos doentes incluídos neste estudo retrospectivo, apenas 6% (n=30) não apresentavam fatores de risco cardiovasculares.

Relativamente à etiologia, a maioria dos AVCs foi lacunar (57%), seguida da etiologia cardioembólica (22%) e da doença aterosclerótica de grandes vasos (17%).

Dos exames complementares realizados para o estudo etiológico da doença cerebrovascular destaca-se a realização de electrocardiograma que identificou a presença de fibrilação auricular inaugural em 36 doentes, ecodoppler dos vasos do pescoço com evidência de estenoses significativas em 39 doentes e, ecocardiograma transtorácico com alterações significativas em 12 doentes (foramen ovale patente e presença de trombo intra-cardíaco).

Conclusão

Este estudo fornece uma análise detalhada dos principais fatores de risco na população internada por AVC isquémico, auxiliando na criação de estratégias clínicas e de políticas de saúde pública para a prevenção primária e secundária da doença.

Descrição dos internamentos de doentes com infeção por *Salmonella* spp no período de 3 anos

Cláudia Alexandra Ribeiro; Filipe Dias; Inna Slobidnyk; Maria Luísa Alvarenga; Mónica Ferro Silva; Diana Marreiros; Rodrigo Morgado; Ana Santos e Silva; Margarida Santos; Marcelo Godinho; Cátia Albino; Henrique Rita

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO LITORAL ALENTEJANO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A infeção causada por *Salmonella* spp é considerada a segunda infeção de origem alimentar mais frequente. Esta infeção pode levar a sintomas gastrointestinais graves e em casos mais severos, pode resultar em complicações sistémicas e necessidade de internamento. Em 2022 foram reportados 412 casos de salmonellose em Portugal (incluindo casos em crianças).

Objetivo

Caraterizar os internamentos de doentes com infeção por *Salmonella* spp.

Material e Métodos

Estudo retrospectivo, compreendendo 8 internamentos de Janeiro de 2022 a Janeiro de 2025. Os dados foram colhidos através da consulta dos processos clínicos e analisados no Microsoft Excel.

Resultados

Na área de influência do hospital foram notificados 17 casos de infeção. No período analisado, foram internados 7 doentes com infeção por *Salmonella* spp, sendo que um dos doentes necessitou de dois internamentos. A média de idades foi de 63,3 anos e 57,1% dos doentes eram do género feminino. Os internamentos duraram uma média de 15,5 dias. Destaque para o segundo internamento de um doente, que durou 34 dias pela necessidade de antibioterapia prolongada. Foi isolada *Salmonella* spp em 12 culturas. O local de isolamento mais prevalente foi a coprocultura (6 culturas, 50%) seguido de 2 hemoculturas e 2 uroculturas. Obteve-se 1 isolamento em líquido peritoneal e 1 isolamento em líquido drenado de abscesso renal. Relativamente à caraterização da espécie, o serótipo mais identificado foi a *Salmonella* ser. *Enteritidis* (8 dos 12 isolamentos, 66,7%). Em 2 isolamentos, o serótipo identificado foi *Typhimurium* (16,7%) e num isolamento, o serótipo foi *Mikawasima* (8,3%). 1 dos isolamentos não foi caraterizado. A duração média de antibioterapia foi de 11,5 dias. Os antibióticos mais utilizados foram o ceftriaxone, a piperacilina-tazobactam e a levofloxacina, cada um utilizado em 25% dos internamentos. Nos restantes internamentos, foi utilizada a amoxicilina-ácido clavulânico (12,5%) e a ciprofloxacina (12,5%). O estudo do perfil de resistências antibióticas revelou que 8,3% dos isolamentos eram resistentes a amoxicilina-ácido clavulânico, 16,7% a levofloxacina e 16,7% a piperacilina-tazobactam. Em 2 dos internamentos (25%), a antibioterapia foi alterada conforme antibiograma. A complicação mais frequente foi a lesão renal aguda (50% dos internamentos). Outras complicações foram a peritonite purulenta (12,5%), endocardite, abscesso renal e espondilodiscite (as três últimas num único internamento – 12,5%). Dos 7 doentes internados, 1 acabou por falecer (14,3%).

Conclusão

A infeção por *Salmonella* spp pode condicionar evolução clínica grave, com disfunção de órgão e necessidade de internamento e curso de antibioterapia prolongados. Ressalta-se a importância da colheita de material biológico para caracterização do antibiograma atendendo ao número crescente de agentes resistentes a algumas classes de antibióticos.

Insuficiência Cardíaca no baixo Alentejo

Sandra Sepúlveda; Monica Spencer; Daria Bem; Catarina Serafim; Pedro Costa

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

A Insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome de disfunção ventricular complexo, que agrava com a idade e com os factores de risco cardiovascular como hipertensão (HTA) e dislipidemia. Tem uma alta morbilidade e mortalidade e necessidade de internamento hospitalar devido ao envelhecimento da população, à falta de adesão e à complexidade nos tratamentos.

Objetivo

Avaliar quantos doentes foram internados no último ano numa enfermaria de Medicina Interna com o diagnóstico de IC.

Material e Métodos

Consulta de registos no Sclínico e pedido ao serviço de estatística dos doentes internados no serviço de Medicina Interna com diagnóstico principal de IC durante o ano 2024.

Resultados

Durante o ano 2024, estiveram no serviço de urgência 521 doentes com queixas compatíveis com IC dos quais foram internados 256 doentes com IC como diagnóstico principal, representando cerca de 15% do número total de doentes internados no serviço. O 53% destes doentes eram do sexo feminino e 47% do sexo masculino. A média de idades dos doentes foi de 81 +/- 10 anos. O tempo de internamento médio foi 9 +/- 8 dias. Como fator precipitante de descompensação da IC, verificamos que o 35% dos doentes foi por incumprimento terapêutico, seguido por processos infecciosos com 31%, hipertensão arterial não controlada 16%, eventos isquémicos 12% e 6% sem etiologia conhecida.

Cerca de 38% dos doentes não tinham realizado ecocardiograma nos últimos 3 anos.

A mortalidade em relação a esta população foi de 16% dos doentes, dos quais 6% tiveram infeção nosocomial.

À data da alta, a maioria dos doentes mantiveram seguimento com o seu médico de família 51%, sendo que 33% foram referenciado à consulta de Medicina Interna.

Conclusões

A Insuficiência cardíaca constitui um problema de saúde pública a nível mundial e nacional.

Com este estudo evidenciamos que em nossa região, a IC é um dos motivos mais frequentes de internamento hospitalar. Às principais causas de descompensação são o incumprimento terapêutico e ter uma população mais idosa.

Quem são os doentes com insuficiência cardíaca e como são tratados?

Telma Costa Cabral; Catarina Bico Filipe; Ana Rita Ambrósio; Pedro Neto Pinto; Pedro Moules; Rita Palma Féria; Lígia Antunes Gonçalves; Mariana Lança de Oliveira; João Cafôfo; Madalina Gututui; Ana Beatriz Machado; Isménia de Oliveira; Ana Grilo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica caracterizada por sintomas como dispneia e cansaço, e sinais como ferveres e edema periférico. O aumento da esperança média de vida tem contribuído para a sua crescente prevalência, estimada em 64 milhões de pessoas mundialmente e de 5,2% em Portugal. A caracterização do fenótipo de IC é crucial para adequar a terapêutica.

Objetivo

O presente estudo teve como objetivo caracterizar a população de doentes com o diagnóstico de IC internados num serviço de Medicina Interna.

Material e métodos

Realizou-se um estudo transversal de um dia, onde foram incluídos 120 doentes internados num serviço de Medicina Interna. Os dados foram colhidos presencialmente e através da consulta do processo clínico dos doentes. As variáveis analisadas foram: sexo, idade, comorbilidades, motivo de admissão, diagnóstico principal, fragilidade, diagnóstico prévio ao internamento de IC, caracterização do tipo de IC, realização de ecocardiograma nos últimos 5 anos; valor da última fração de ejeção (Fej); cumprimento de terapêutica; terapêutica adequada à classe de IC; evolução do NYHA; evolução do NT-proBNP; presença de ferveres. A análise descritiva e estatística dos dados foi realizada com recurso ao Excel. Foi aplicado o teste Qui-quadrado para estudar a associação entre várias variáveis categóricas, consideraram-se valores de $p < 0,05$ estatisticamente significativos.

Resultados

Dos 120 doentes internados, 57 eram do sexo feminino e 63 do sexo masculino, com uma média de idades de 76 anos. A prevalência de IC é de 27,5% (33), 55% (18) destes com IC com Fej de preservada; 30% (10) com IC com Fej moderadamente reduzida; 15% (5) com IC com Fej reduzida. A maioria dos doentes tinha este diagnóstico prévio ao internamento, sendo 9% (3) os casos de diagnóstico inaugural. A prevalência de internamentos por IC descompensada na população de doentes com IC foi de 36% (12). Cerca de 87% (29) dos doentes cumpre a terapêutica prescrita e em 85% (28) dos mesmos esta é adequada à classe. Contudo, no grupo de doentes com IC com Fej reduzida apenas 20% (1) dos doentes cumpre terapêutica adequada. Em cerca de 30% (10) dos doentes houve uma melhoria do NYHA e do valor de NT-proBNP desde a data do internamento à data do estudo. Foram testadas relações entre as várias variáveis estudadas, contudo não se obtiveram resultados estatisticamente significativos.

Conclusões

Nos doentes estudados, a IC com Fej preservada foi a mais prevalente. Contudo, foi na população com maior mortalidade, IC com Fej reduzida, que se verificou uma menor adequação terapêutica. A ausência de associações estatisticamente significativas reflete-se no reduzido número de doentes, assim como na influência de outros fatores na evolução da doença. Ainda assim, estes resultados salientam a importância da caracterização e terapêutica adequada dos doentes.

Impacto do tempo de permanência no Serviço de Urgência e os outcomes clínicos intra-hospitalares

Rita Sousa¹; Diana Oliveira²; Ana Filipa Martins¹; Paulo Gouveia¹; Carlos Capela¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

² ESCOLA DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO MINHO

Tema: Organização, gestão e qualidade de serviços de saúde

Introdução

O tempo de permanência prolongado no serviço de urgência (SU) é importante devido aos seus potenciais efeitos adversos nos resultados dos doentes. Estudos demonstram que a sobrelotação dos SU se associa a atrasos no internamento, tendo um impacto negativo nos cuidados prestados aos doentes e aumentando as taxas de morbilidade e mortalidade. Em Portugal, apesar da elevada frequência de visitas aos SU e dos tempos de espera prolongados, os fatores subjacentes a estadias prolongadas permanecem pouco claros.

Objetivos

Avaliar o impacto do tempo de permanência no SU (TPSU) nos resultados clínicos dos doentes internados, identificar os preditores de TPSU prolongado e analisar o seu efeito no tempo total de internamento.

Métodos

Um estudo de coorte retrospectivo analisou 605 pacientes internados através do SU no Serviço de Medicina Interna entre outubro e dezembro de 2023. Os dados incluíram características demográficas e clínicas, detalhes do internamento, complicações, infeções e mortalidade intra-hospitalar. Foram realizadas análises comparativas e modelos de regressão logística entre variáveis.

Resultados

O TPSU médio foi de 17h10min, com 58,3% dos doentes a permanecerem no SU por mais de 12h. O tempo decorrido entre a decisão de internamento e a transferência foi mais curto (6h32min), sendo que 76,5% dos doentes foram transferidos até às 8h. A idade avançada, a dependência funcional, o maior número de comorbilidades e o número de internamentos anteriores estiveram associados a TPSU prolongados. Os doentes com um TPSU > 8h tinham maior probabilidade de serem diagnosticados com Lesão Renal Aguda durante o internamento. Além disso, os doentes que esperaram 8-12h entre a decisão de internar e a transferência, apresentaram uma maior probabilidade de necessidade de antibióticos intravenosos. No entanto, não foram encontradas associações entre o TPSU e a mortalidade intra-hospitalar, as complicações ou a duração total do internamento.

Conclusão

Este estudo sublinha a elevada prevalência de tempos prolongados num SU, identificando as principais características dos doentes associadas a este fenómeno, enquanto salienta a necessidade de mais investigação para otimizar a gestão dos recursos hospitalares e o fluxo de doentes.

High Burden of Vascular Risks in Acute Coronary Syndrome: Insights from an Intermediate Care Unit

Mariana Campos Lobo; Andreia Lima; Sara de Sousa; Susana Viana; Rita Novera de Sousa; João Caiano Gil

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Tema: Doenças cardiovasculares

Introduction

Acute Coronary Syndrome (ACS) is a life-threatening manifestation of coronary artery disease, encompassing ST-elevation myocardial infarction (STEMI), non-ST-elevation myocardial infarction (NSTEMI), and unstable angina (UA). It remains a leading cause of morbimortality worldwide, with vascular risk factors (VRF) playing a pivotal role in its development and progression. Effective management of these, both in primary and secondary prevention, is essential for reducing adverse outcomes. This study aims to characterize the prevalence and distribution of VRF among ACS patients admitted to an Intermediate Care Unit (IMCU), providing valuable insights for risk stratification and targeted interventions.

Objective

To characterize VRF in a population hospitalized in an IMCU with ACS.

Materials and Methods

A retrospective observational study included patients hospitalized in an IMCU with an ACS diagnosis from January 2019 to December 2023. VRF assessed were hypertension (HT), diabetes mellitus (DM), dyslipidemia (DL), smoking, and obesity. Data was collected using electronic medical records and analyzed using Microsoft Excel®. A descriptive analysis of demographics and VRF was performed.

Results

During the selected period, a total of 534 patients diagnosed with ACS were included in the study. Among them, 35.6% (n=190) presented with STEMI, 61.2% (n=327) with NSTEMI, and 3.2% (n=17) with UA. The population consisted of 401 men and 133 women, aged between 31 to 99 years (mean 64.0 ± 12.4). Most patients (90%) were previously autonomous, classified as Clinical Frailty Scale 1-3 (n=478). A past history of coronary artery disease was identified in 21.5% (n=115) of patients, while a family history of cardiovascular disease was reported in 15.2% (n=81). Only 4 patients had no known or stratified VRF. Among the remaining population, 7.7% had one VRF, 31.7% had two, 37.3% had three, and 22.7% had four or more. DL was the most prevalent VRF, affecting 85.2% (n=455) of patients, followed by HT in 65.7% (n=351). DM was present in 36.7% (n=196). Smoking was identified as a risk factor in 64.6% (n=345), and obesity was documented in 27.0% (n=144). Regarding metabolic parameters, the mean total cholesterol level was 181 mg/dL, with an average LDL of 113 mg/dL and triglycerides of 134 mg/dL. Glycemic control, as assessed by HbA1c levels, had an average value of 6.4%. The mean body mass index (BMI) was 27.47 kg/m^2 .

Discussion/Conclusion

We highlight the high burden of VRF among patients hospitalized with ACS - the vast majority (99.3%) of patients had at least one identified VRF, with DL and HT being the most prevalent. Notably, a significant proportion of patients had four or more VRFs, underscoring the multifactorial nature of ACS and the need for comprehensive risk management strategies. We emphasize the importance of early identification and aggressive control of modifiable VRFs to prevent ACS and its recurrence, as data suggests gaps in primary and secondary prevention efforts. Optimizing medical therapy, promoting lifestyle interventions, and ensuring long-term follow-up are essential to improving cardiovascular outcomes.

Pneumonia e a incidência de neoplasia do pulmão

Catarina Antunes Salvado; Ana Rita de Sousa Melo; Filipa Borges Santos; Andreia Seixas; Margarida Mota

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Doenças respiratórias

A incidência de cancro do pulmão tem vindo progressivamente a aumentar na população em geral. Um estudo recente conduzido com o contributo de 40 países indica que o número de casos diagnosticados pode aumentar cerca de 50% em 2035, em comparação com os diagnósticos efetuados em 2010.

A pneumonia pode mascarar e, por vezes, ser o primeiro sinal de neoplasia do pulmão. As guidelines britânicas e americanas estabelecem (com grau de evidência baixo) os casos em que é recomendada vigilância evolutiva clínica e imagiológica dos doentes com pneumonia, sobretudo naqueles em que não se verifica evolução favorável expectável, em doentes com mais de 50 anos e com história de tabagismo (especialmente se >30UMAs).

O presente trabalho pretendeu avaliar a incidência de diagnósticos de novo de neoplasia do pulmão em doentes com pneumonia. Foi feita uma revisão retrospectiva dos processos clínicos dos doentes reavaliados em consulta de Medicina – Infeciosas durante o ano de 2024, após o diagnóstico de pneumonia. Foram recolhidos dados demográficos, assim como hábitos tabágicos, comorbilidades e realização de exames de imagem (radiografia e/ou tomografia computadorizada – TC – de tórax ao diagnóstico e na consulta de reavaliação).

Foram identificados 133 doentes, com média de idades de 58,4 ($\pm 19,5$) anos, sendo a maioria homens (57,1%). Mais de 30% dos doentes tinham história de hábitos tabágicos, e destes, quase 50% eram fumadores ativos. Após reavaliação em consulta foi colocada a hipótese de neoplasia pulmonar subjacente em 7 casos (5,3%), tendo sido confirmados 3 (2,3%) e estando ainda 1 em estudo presentemente. Dos 3 doentes diagnosticados com neoplasia do pulmão, todos tinham história de tabagismo prévia (2 ativamente e 1 já havia cessado consumo). Nenhum deles tinha realizado TC tórax no momento do diagnóstico. Todos os doentes se apresentaram numa fase avançada da doença (estadio IV) e a taxa de mortalidade aos 90 dias após o diagnóstico de pneumonia foi de 33% (1 doente).

Os resultados obtidos estão sujeitos a viés que limitam a interpretação dos mesmos, nomeadamente o pequeno tamanho da amostra e a restrição desta a doentes reavaliados em regime de consulta externa, sendo a maioria (78,9%) referenciado a partir do serviço de urgência. Ainda assim, a percentagem de doentes em que foi identificada doença oncológica foi clinicamente significativa (2,3%), sobretudo quando avaliado o estadiamento, prognóstico e mortalidade precoce desta população.

Os resultados permitem enfatizar a necessidade de reavaliação clínica e imagiológica de doentes com pneumonia, sobretudo quando fatores de risco como o tabagismo estão presentes. De facto, um tumor primário ou uma metástase podem ser inicialmente erroneamente interpretadas como pneumonia. Além disso, a associação do cancro a um sistema imunitário comprometido favorece o desenvolvimento de infeções.

Síndrome Metabólica: o papel da interação de variantes da enzima de conversão da angiotensina

Ana Patrícia Nunes¹; Ana Célia Sousa¹; João Gouveia¹; João Loja¹; Cátia Martins¹; Alexandra Rodrigues¹; Cláudia Sousa¹; Carolina Olim¹; Sofia Borges²; Maria João Oliveira²; Mariana Rodrigues²; Eva Henriques²; Sónia Freitas²; Maria Isabel Mendonça²; Roberto Palma Dos Reis³

¹ CH FUNCHAL - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

² SESARAM - CENTRO DE INVESTIGAÇÃO DR.ª MARIA ISABEL MENDONÇA

³ FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE LISBOA/NOVA MEDICAL SCHOOL

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A síndrome metabólica (SM) é fator de risco para doença cardiovascular (DCV) e diabetes. Factores ambientais, comportamentais e genéticos contribuem para o seu desenvolvimento. No entanto, a influência genética no aparecimento desta patologia mantém-se ainda pouco conhecida. Sabemos que a obesidade e a SM ativam o sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), motivo que nos levou a estudar duas importantes variantes da Enzima de Conversão da Angiotensina: ECA rs4340 I/D e ECA rs4343 A2350G, descritas como potencialmente ligadas à hipertensão arterial ou à obesidade.

Objetivo

Investigar se existe associação entre os polimorfismos do gene da ECA, rs4340 e rs4343, e o aparecimento de SM.

Métodos

Com uma amostra de 1712 indivíduos, fizemos um estudo caso-controlo consoante tinham SM (n=749 com 52,1±7,7 anos) ou não SM (n=963 com 50,2±7,9 anos). A SM foi definida de acordo com os critérios da International Diabetes Federation (IDF). Em todos os indivíduos foi avaliado o perímetro abdominal, a pressão arterial e foi colhido sangue para exames analíticos e para análise genética (mais especificamente para pesquisa de polimorfismos ECA rs4340 I/D e o ECA rs4343 A2350G). Foi calculado os odds ratio (OR) de ter SM sob os modelos de hereditariedade: dominante, recessivo, aditivo e multiplicativo. Posteriormente, foi realizada uma regressão logística para avaliar a interação dos dois genes em relação ao aparecimento de SM. A análise dos dados foi feita através do software estatístico SPSS, versão 25.0. Usamos como limiar de significância o valor de p<0,05.

Resultados

A variante genética ECA DD surgiu com maior frequência no grupo dos indivíduos com SM em comparação com os controlos com OR 1,331 (IC 95% 1,096-1,615) (p=0,004) no modelo recessivo, OR 1,217 (IC 95% 1,059-1,399) (p= 0,006) no modelo aditivo e OR 1,226 (IC 95% 1,065-1,413) (p=0,005) no modelo multiplicativo. A outra variante do ECA, ECA 2350 GG, foi também mais prevalente no grupo com SM com OR 1,264 (IC 95% 1,030-1,551) (p=0,025) no modelo recessivo, OR 1,173 (IC 95% 1,021-1,347) (p= 0,024) no modelo aditivo e OR 1,168 (IC 95% 1,019-1,339) (p = 0,026) no modelo multiplicativo. Quando associamos as duas variantes genéticas e calculamos o risco de ter SM, verificamos que houve uma interação na regressão logística, com o modelo recessivo, entre as duas variantes em relação a ter SM (OR 1,252 (IC 95% (1,019-1,537), p=0,032).

Conclusão

Concluimos que as variantes genéticas ECA rs4340 DD e ECA rs4343 2350GG associam-se ao SM e sua interação aumenta o risco desta síndrome. A identificação genética de polimorfismos com risco acrescido de SM poderá ajudar os clínicos a identificar indivíduos com maior risco de SM, que deverão ser intervencionados precocemente com aconselhamento de adoção de estilos de vida saudáveis, de modo a reduzir o risco de SM e de DCV.

Mieloma Múltiplo e Manifestações Neurológicas: Quando Suspeitar de Síndrome de Hiperviscosidade?

Margarida Guiomar; Catarina Reis Barão; Ana Margarida Silva; Inês Matias Lopes; Henrique Atalaia Barbacena; Raquel Soares; Fábria Cerqueira; Federica Parlato; António Martins Batista

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças hematológicas

O mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia hematológica que resulta da proliferação clonal dos plasmócitos que levam à produção de proteínas monoclonais, os sintomas são inespecíficos levando a atrasos no diagnóstico. Uma das complicações é a síndrome de hiperviscosidade (SH), emergência oncológica classicamente caracterizada por alterações neurológicas, visuais e hemorragia das mucosas.

Mulher de 80 anos, autónoma, trazida ao serviço de urgência (SU) por quadro confusional agudo e queda. Referida dor lombossagrada que motivou realização de tomografia computadorizada (TC) que revelou lesões líticas nos ossos ilíacos e sacro. À admissão apresentava hemoglobina 4,6 g/dL, creatinina 2,28 mg/dL, hipercalcemia 14 mg/dL e hiperuricemia 13,9 mg/d. A TC crânio revelou plasmocitoma da calote (5x7cm). Internada para tratamento com rasburicase, pamidronato e suporte transfusional. Diante a suspeita de MM, foi levantada possível relação com SH iniciadas plasmafereses com melhoria dos sintomas neurológicos. Do estudo etiológico: presença de banda na fração b/g com pico de 9.6 g/dL em eletroforese de proteínas, imunofixação sérica com componente monoclonal IgG k, cadeias k livres 271 mg/L, relação k/l 34,2, b-2 microglobulina 23,3 mg/d e proteinúria de Bence Jones. Mielograma com infiltração de 60% plasmócitos. TC com agravamento das lesões líticas e fratura patológica do ilíaco esquerdo. Confirmado o diagnóstico de MM IgG k, iniciou tratamento com bortezomib e dexametasona, com boa resposta parcial após os primeiros 2 ciclos e radioterapia sobre as lesões líticas. Teve alta para a consulta de hematologia, para prossecução de quimioterapia com associação de lenalidomida.

O caso representa uma situação comum e inespecífica do SU que levou ao diagnóstico de uma complicação rara, porém grave - menos de 5% dos doentes com MM apresentam SH. É importante considerar o MM no diagnóstico diferencial de doentes com manifestações neurológicas, destacando a importância da plasmaferese e do tratamento hematológico dirigido na abordagem dessa condição.

Heart failure presentation in the Emergency Department: what characteristics lead to hospitalization

Rita Noversa de Sousa; Mafalda Petrucci Presunto; Sara Videira Almeida; Tânia Fernandes; Marta Valverde

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Tema: Doenças cardiovasculares

Introduction

Heart failure (HF) is a leading cause of emergency department (ED) visits, but patient outcomes differ significantly based on hospitalization status. Identifying factors associated with hospitalization may help optimize triage and management strategies.

Objective

To compare the clinical characteristics, triggers, and outcomes of HF patients who were hospitalized versus those discharged from the ED.

Materials and Methods

A retrospective analysis was conducted on HF patients presenting to the ED from January to June 2024. Patients were categorized into two groups: hospitalized (n=121) and discharged (n=151). Categorical variables were compared using Fisher's exact test, while continuous variables were assessed for normality and analyzed using the Mann-Whitney U test. A p-value <0.05 was considered statistically significant.

Results

Hospitalized and discharged patients had no significant differences on age (82.2 ± 9.2 vs 82.2 ± 8.2 years) or sex distribution (male: 47.9% vs 41.1%), nor on traditional vascular risk factors: obesity (33.9% vs 33.8%, $p > 0.9999$), diabetes (47.1% vs 42.4%, $p = 0.4629$), dyslipidemia (75.2% vs 72.9%, $p = 0.6793$), hypertension (90.1% vs 89.4%, $p > 0.9999$). Regarding comorbidities, atrial fibrillation (AF) and chronic kidney disease were common on both samples (59.5% vs 56.3%, $p = 0.6227$, and 27.3% vs 31.1%, $p = 0.5062$), but hospitalized patients had a significantly higher prevalence of anemia (38.4% vs 19.2%, $p = 0.0023$).

Triggers for decompensation differed significantly. AF (16.5% vs 4.6%, $p = 0.0017$), infection (43.8% vs 33.1%, $p = 0.0015$), and cardiorenal syndrome (9.1% vs 2.0%, $p = 0.0002$) were more frequent among hospitalized patients. Non-adherence to treatment was also higher in this group (14.9% vs 10.6%, $p = 0.0043$). Treatment insufficiency was more common in discharged patients (19.8% vs 38.4%, $p = 0.0009$). Hospitalized patients more frequently had reduced ejection fraction (26.1% vs 13.1%, $p = 0.02$). NT-proBNP levels were higher in the hospitalized group, reaching statistical significance (median: 5756.25 vs 3649.45 pg/mL, $p = 0.0253$). The in-hospital mortality rate was higher among hospitalized patients (12.4% vs 4.6%, $p = 0.024$). Upon discharge, hospitalized patients had, however, a significantly lower rate of increased diuretic dose (38.7% vs 85.4%, $p = 0.0003$).

Discussion/Conclusion

Our findings reveal distinct differences between HF patients who were hospitalized and those discharged from the ED. Hospitalized patients had a higher prevalence of anemia, AF, infection, and cardiorenal syndrome, suggesting that acute triggers requiring inpatient management played a major role in their decompensation. These patients also had lower LVEF, reinforcing the severity of their condition. Interestingly, despite their more severe presentation, hospitalized patients were less likely to have their diuretic dose increased at discharge. This could be attributed to the resolution or stabilization of the acute trigger during hospitalization, reducing the immediate need for intensified diuretic therapy. These findings highlight the importance of individualized management strategies in HF. While acute triggers often necessitate hospitalization, a comprehensive approach addressing long-term HF therapy is essential to improve prognosis.

Risk Stratification in Acute Coronary Syndrome: Added Prognostic Value of TyG Index to GRACE Score

Andreia Sá Lima; Mariana Lobo; Sara de Sousa; Susana Viana; Rita Novera de Sousa; João Caiano Gil

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Tema: Doenças cardiovasculares

Introduction

The GRACE score is a well-established tool for risk stratification in acute coronary syndrome (ACS), predicting major adverse cardiovascular and cerebrovascular events (MACCE). However, metabolic dysfunction, particularly insulin resistance, is increasingly recognized as a contributor to cardiovascular risk. The triglyceride-glucose (TyG) index, a surrogate marker of insulin resistance, has been associated with adverse outcomes in ACS. Whether integrating TyG index with the GRACE score enhances prognostic accuracy remains unclear.

Objective

To assess, in patients hospitalized with ACS, whether the addition of the TyG index (TyGI) to the GRACE Score (GS) improves risk stratification for MACCE over a one-year follow-up.

Materials and Methods

A retrospective observational study included patients hospitalized with an ACS diagnosis from January 2019 to December 2023. The TyG index was calculated as $\ln(\text{fasting triglycerides [mg/dL]} \times \text{fasting glucose [mg/dL]}/2)$. Patients were stratified into four groups based on their GRACE score (low vs high) and TyG index (low vs high). The primary endpoint was MACCE, defined as a composite of myocardial infarction (AMI), stroke, cardiovascular and all-cause death, and coronary revascularization. Kaplan-Meier survival curves and log-rank tests were used to compare MACCE-free survival and AMI-free survival across groups.

Results

We included 534 ACS patients, stratified into four groups: (1) Low GS/Low TyGI (n=119), (2) Low GS/High TyGI (n=148), (3) High GS/Low TyGI (n=148), and (4) High GS/High TyGI (n=119). MACCE incidence was highest in Group 3 (n=40), followed by Group 4 (n=33), Group 2 (n=14) and Group 1 (n=9). Kaplan-Meier survival analysis using only GS showed significant decline in MACCE-free survival with higher scores ($p<0.0001$). Using TyGI alone to assess the same risk stratification did not show a relevant difference between groups. By combining TyGI with GS, we found a statistically significant distinction among all groups ($p<0.0001$), with a trend towards lower MACCE-free survival in Group 4 compared to Group 3. When addressing AMI-free survival however, TyGI alone, unlike GS, showed significant decline with higher scores ($p=0.049$ vs. $p=0.078$). When combining both scores, patients in Group 4 and 2 had a lower event-free survival than those in Group 3 and 1 respectively, and a statistically significant distinction between the four groups could be shown ($p=0.030$).

Conclusion

Our study assessed whether the TyGI improves risk stratification when combined with the GS in ACS patients. GS was a reliable predictor of MACCE and the addition of TyGI showed a trend for better risk stratification among patients with higher GS. Furthermore, TyGI was a good predictor of AMI-free survival, as it allowed to define both alone, as well as combined with GS, significantly distinct groups in regards to this outcome, which could not be done by GS alone. This suggests that metabolic dysfunction may play a key role in AMI recurrence. Identifying high-risk patients through TyGI could help guide more aggressive metabolic interventions in secondary prevention. Although further validation in larger cohorts with longer follow-up is needed, these findings highlight the potential role of TyGI in refining post-ACS risk assessment.

Left Ventricular Ejection Fraction vs etiology, NT-proBNP and hospitalization rates in Heart Failure

Marta Valverde; Mafalda Petrucci Presunto; Sara Videira Almeida; Tânia Fernandes; Rita Novera de Sousa

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Tema: Doenças cardiovasculares

Introduction

Heart failure (HF) is a heterogeneous syndrome with different underlying etiologies and prognostic implications depending on left ventricular ejection fraction (LVEF). Understanding the relationship between LVEF, HF etiology, and clinical outcomes can help optimize acute and long-term management.

Objective

To assess the association between LVEF and HF etiology, hospitalization rates, and NT-proBNP levels in patients presenting to the Emergency Department (ED) with acute HF.

Materials and Methods

We retrospectively analysed patients with HF admitted in the ED from January to June 2024. Patients were categorized into three groups based on LVEF: HFrEF ($\leq 40\%$), HFmrEF (41–49%), and HFpEF ($\geq 50\%$). NT-proBNP levels were analyzed using the Kruskal-Wallis test. HF etiology was classified based on contributing factors and compared across groups using Fisher's exact test, as were hospitalization rates.

Results

Among the 245 patients, 47 (19.2%) had HFrEF, 19 (7.8%) had HFmrEF and 179 (73%) had HFpEF. NT-proBNP levels varied significantly across LVEF groups ($p=0.0134$). Patients with HFrEF had the highest mean NT-proBNP (13430.4pg/mL), followed by HFmrEF (11212.3pg/mL), while HFpEF had lower levels (4944.2pg/mL).

No data was found on etiology of HFpEF for 6 patients. Despite not reaching significance ($p=0.0778$), a trend could be found as multifactorial etiology is most common in HFpEF (68/173), although also identified in HFmrEF (4/19) and HFrEF (24/47). Ischemic heart disease was significantly ($p<0.0001$) more frequent in HFrEF (46.8%) compared to HFmrEF (26.3%) and HFpEF (13.3%). Regarding hypertensive cardiopathy, it showed similar distribution across all LVEF groups ($p=0.2309$), with a slight predominance in HFpEF ($n=84$). Valvular contribution was fairly evenly distributed across LVEF groups ($p=0.7007$). Arrhythmic contributions were also not significant ($p=0.3391$), and despite hypertrophic cardiopathy being found exclusively in HFpEF ($n=11$) and dilated cardiomyopathy showing a higher incidence in HFrEF ($n=10$), neither reached significance ($p=0.147$ and 0.074 respectively).

Hospitalization rates also differed significantly across groups ($p=0.02$), with 63.8% of HFrEF patients requiring admission, compared to 31.6% in HFmrEF and 44.1% in HFpEF.

Discussion/Conclusion

The findings align with the expectation that lower LVEF correlates with higher Nt-ProBNP, but also highlight that HFpEF patients still have substantial elevations, reinforcing the role of diastolic dysfunction and congestion in their disease. The significant p-value supports the differentiation between groups, but broad standard deviations suggest heterogeneity, possibly due to varying degrees of volume status, renal function, or comorbidities. Regarding etiology, ischemic heart disease is the predominant driver of HFrEF, highlighting the need for aggressive risk factor modification and revascularization strategies in these patients. The lack of statistical significance for other etiologies suggests a more even distribution across groups, implying that classification by LVEF alone does not fully capture the underlying mechanisms and treatment needs. Despite HFrEF patients being at the highest risk for requiring hospitalization, the substantial hospitalization rate in HFpEF highlights the burden of HF across all phenotypes, emphasizing the need for optimized outpatient management strategies to prevent acute decompensations in all groups.

Guideline-Directed Therapy Adherence in Heart Failure Patients Evaluated in the Emergency Department

Tânia Fernandes; Mafalda Petrucci Presunto; Sara Videira Almeida; Marta Valverde; Rita Novera de Sousa

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Tema: Doenças cardiovasculares

Introduction

Heart failure (HF) with reduced ejection fraction (HFrEF) is associated with significant morbidity and mortality, yet adherence to guideline-directed medical therapy (GDMT) remains suboptimal. The European Society of Cardiology (ESC) guidelines recommend a combination of renin-angiotensin system (RAAS) inhibitors, beta-blockers (BB), mineralocorticoid receptor antagonists (MRA), and sodium-glucose cotransporter 2 inhibitors (iSGLT2) for optimal disease management. Beyond the scope of the aforementioned guidelines, sodium-glucose cotransporter2 inhibitors (SGLT2i) have also demonstrated significant benefits in patients with diabetes mellitus (DM) and chronic kidney disease (CKD), with or without HF, and regardless of left ventricular ejection fraction (LVEF).

Objective

To evaluate the prescription patterns of guideline-recommended therapy in HF patients, in patients presenting to the emergency department (ED) with acute heart failure, and a reduced LVEF, or according to their comorbidities.

Materials and Methods

A retrospective observational study was conducted including all patients diagnosed with AHF in the ED from January to June 2024. They were categorized as reduced LVEF - rEF (n=47), mildly reduced LVEF - mrEF (41-49%, n=19) and preserved LVEF - pEF ($\geq 50\%$, n=179). Prescription rates of BB, ACEi (angiotensin-converting enzyme inhibitors), angiotensin receptor antagonists (ARA), MRA and SLGT2i were analyzed based on LVEF and comorbidities (DM, CKD).

Results

Among patients with HFrEF (n=47), a significant gap in adherence to guideline-directed medical therapy was observed. Notably, 4 patients (8.51%) were not under any of the recommended therapies. 11 patients (23.40%) were receiving only one guideline-recommended drug, while 14 patients (29.79%) were on two, and 12 patients (25.53%) were on three. Only 6 patients (12.77%) were prescribed all four pillars of therapy. Regarding individual drug classes, RAAS inhibitors were prescribed in 61.70% of cases (n=29), BBs in 68.09% (n=32), MRAs in 34.04% (n=16), and iSGLT2 inhibitors in 46.81% (n=22). Regarding iSGLT2, on other classes of LVEF, prescription rates were even worse, with 36.84% for HFmrEF and 26.25% for HFpEF. Out of all 245 patients of this cohort, 115 had DM (46.94%), and 74 had CKD (30.30%) - on those subpopulations, iSGLT2 were received by 44.35% and 33.78% of patients, respectively. Lastly, 38 patients had HF, DM, and CKD, totalling three indications for iSGLT2 prescription - of those, 94.74% were prescribed iSGLT2.

Discussion/Conclusion

Our findings highlight persistent gaps in the implementation of ESC guideline-directed medical therapy for HFrEF in the ED setting. While BBs and RAAS inhibitors had the highest prescription rates, MRA use was particularly low. Alarming, nearly 10% of patients were not receiving any guideline-recommended therapy, and under 15% were on all four pillars. The underutilization of iSGLT2 inhibitors also suggests the need for increased awareness of their role in HF management, and comorbidities. Given the strong evidence supporting these therapies in reducing mortality and hospitalizations, the ED visit should be considered a pivotal moment to optimize disease-modifying treatments for HFrEF patients, ensuring long-term prognosis improvement. Strategies such as structured treatment protocols and multidisciplinary interventions are essential to bridge this gap and enhance patient outcomes.

Antibioterapia nas infeções respiratórias - uma avaliação transversal pela Medicina Interna

Sara Vieira Bernardo; Mário Alberto Ferreira; Inês Reis Luís; Luísa Martinho Marques; Patrícia Duarte Pires; Ana Rita Tomás; Constança Coutinho; Clara Matos; Daniela Madeira; Teresa Branco

HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA

Tema: Doenças respiratórias

Introdução

A elevada prevalência de infeções respiratórias em doentes hospitalizados está associada a alta morbimortalidade, complicações de outras patologias e prolongamento do internamento. A antibioterapia (atb) é frequentemente iniciada, mesmo com dificuldades para estabelecer sua indicação. A terapêutica inicial é muitas vezes prescrita no Serviço de Urgência e, sem revisão, mantida ao longo do internamento. A evidência recente sugere que ciclos mais curtos com antibióticos de espectro mais restrito são mais eficazes.

Objetivo

Rever a prática de prescrição de atb em infeções respiratórias hospitalares, considerando as evidências mais recentes.

Material e Métodos

Estudo retrospectivo de processos clínicos informatizados de doentes adultos hospitalizados por infeção respiratória nos Serviços de Medicina Interna com alta clínica em janeiro de 2025. Foram analisados dados demográficos, comorbidades, diagnóstico, agentes isolados e tratamentos, utilizando Excel®.

Resultados

Durante o período de estudo, 281 doentes tiveram alta, dos quais 45% (n=125) apresentaram infeção respiratória, sendo 48% (n=60) do sexo feminino. A média de idades foi 78,3 anos (DP 13). A maioria dos doentes (81%) tinha pelo menos um fator de risco para doença grave, sendo os mais comuns cardiopatia (40%), doença pulmonar obstrutiva crónica (39%) e diabetes mellitus (38%). O diagnóstico mais frequente foi pneumonia adquirida na comunidade (PAC), em 55% (n=69), sendo 7% dos casos complicados por derrame metapneumónico. Os diagnósticos foram baseados em dados clínicos, laboratoriais (média leucócitos 11.590, PCR 17,8 mg/dl), microbiológicos (pesquisa de vírus respiratórios 75%, antigenúrias 59%, hemoculturas 55%) e imagiológicos (Rx tórax 96%). Em 95% (n=119) das infeções respiratórias foi instituído tratamento antibiótico, sendo as restantes de etiologia viral ou casos sem indicação para tratamento. Na PAC, os antibióticos mais escolhidos foram azitromicina (n=44) e amoxicilina-clavulanato (n=36), frequentemente em combinação. Em 9 casos, foi administrado piperacilina-tazobactam ab initio. Em 12% das PAC (n=8), a duração do antibiótico ultrapassou os 7 dias em pneumonias não complicadas. Nas pneumonias nosocomiais (14%, n=17), os antibióticos mais prescritos foram piperacilina-tazobactam (65%), ceftriaxone (29%) e meropenem (24%), com 35% (n=6) dos doentes apresentando uma duração prolongada do tratamento (mínimo 8, máximo 26 dias). Nas infeções respiratórias virais (12%, n=15), os principais agentes foram o vírus influenza e o vírus sincicial respiratório, ambos em 47% (n=7). Apesar disso, 93% (n=14) dos casos foram tratados com atb (piperacilina-tazobactam 27%, ceftriaxone 27%), devido à presunção de sobreinfeção bacteriana (mediana leucócitos 11.400, PCR 16,8 mg/dl). Analisando a duração do internamento (DI) e correlacionando-a com a classificação AWaRE da OMS observou-se que os doentes tratados com atb do grupo Access (ex: amoxicilina) ou Aware (ex:ceftriaxone, piperacilina-tazobactam) apresentaram metade da DI em relação aos doentes tratados com atb do grupo Reserved (ex carbapenemes) – 13 vs 27 dias, respetivamente.

Conclusão

A alta prevalência de infeções respiratórias em doentes hospitalizados exige uma abordagem mais criteriosa no uso de antibióticos, com ciclos mais curtos e antibióticos de espectro mais restrito, para reduzir efeitos adversos, pressão na flora hospitalar e custos, melhorando a qualidade dos cuidados.

LDL-C Control at 1-Year Follow-Up in Patients with Acute Coronary Syndrome

Susana Viana; Andreia Sá Lima; Mariana Lobo; Sara de Sousa; Rita Novera de Sousa; João Caiano Gil

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Tema: Doenças cardiovasculares

Introduction

Lipid management is a cornerstone of secondary prevention in Acute Coronary Syndrome (ACS). Current guidelines recommend achieving low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) levels below 55 mg/dL and attaining a $\geq 50\%$ reduction from baseline. Early initiation of lipid-lowering therapy (LLT) post-ACS is essential for reducing cardiovascular risk and improving long-term adherence. However, real-world data suggest that achieving these targets remains a challenge. Furthermore, studies show that patients with chronic kidney disease (CKD) are at higher risk but often receive suboptimal therapy. This study evaluates LDL-C control at one-year follow-up in a cohort of ACS patients.

Objective

To assess the proportion of ACS patients who achieved guideline-recommended LDL-C targets at one-year follow-up.

Materials and Methods

A retrospective observational study analyzed ACS patients admitted to an Intermediate Care Unit (IMCU) between January 2019 and December 2023. Patients who died within one year ($n=34$) or were lost to follow-up ($n=54$) were excluded, leaving 446 patients for analysis. Data collected included prior dyslipidemia (DL) and CKD diagnosis, LLT before ACS, at discharge, and at one-year follow-up. LDL-C levels were assessed at ACS presentation and one year post-event. LDL-C levels at one-year follow-up were categorized as: (1) <55 mg/dL, (2) $\geq 50\%$ reduction from baseline, and (3) not meeting either target. Data were extracted from electronic medical records and analyzed using descriptive statistics.

Results

Among the 446 patients, 85.4% ($n=381$) had a prior DL diagnosis, and 9.4% ($n=42$) had CKD. Before ACS, 45.7% ($n=204$) were on statins, 4.9% ($n=22$) on ezetimibe, and 4.7% ($n=21$) on other lipid-lowering therapy (LLT). At discharge, these numbers increased to 97.5% ($n=435$) on statins, 9.2% ($n=41$) on ezetimibe, and 3.6% ($n=16$) on other therapies.

Lipid profiles showed an average total cholesterol of 181.05 ± 52.68 mg/dL and LDL-C of 112.91 ± 44.52 mg/dL at ACS diagnosis. At one-year follow-up, these decreased to 135.62 ± 35.97 mg/dL and 69.83 ± 31.19 mg/dL, respectively. Despite therapy intensification, only 33.2% ($n=148$) achieved LDL-C <55 mg/dL, and 16.1% ($n=72$) had a $\geq 50\%$ LDL-C reduction. A total of 50.7% ($n=226$) failed to meet either target.

Among patients with CKD ($n=42$), pre-ACS therapy included statins in 28, ezetimibe in 3, and other LLT in 2. At discharge, these numbers increased to 41, 4, and 0, respectively. At one year, all CKD patients were on statins, 13 on ezetimibe, and none on other LLT. In this subgroup, 18 (42.9%) achieved LDL-C <55 mg/dL, and 3 (7.1%) had a $\geq 50\%$ LDL-C reduction, similar to the overall cohort.

Discussion/Conclusion

Despite increased LLT post-ACS, less than half of the patients achieved recommended LDL-C targets, highlighting significant gaps in secondary prevention. A notable proportion required ezetimibe intensification at follow-up, underscoring the need for early combination therapy. CKD patients had similar LDL-C target attainment rates, despite initially lower LLT use. These findings reinforce the importance of systematic lipid management, more aggressive lipid-lowering strategies, and personalized treatment strategies to optimize cardiovascular outcomes.

Desafios da Gestão da Colite Pseudomembranosa: Experiência de um Hospital Distrital

Madalena Martins Vale; Daniel Francisco Alves; Mariana Marques; Joana Sá Couto

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A colite pseudomembranosa é uma infeção intestinal associada ao uso de antibióticos, causada pelo *Clostridium difficile* (CD), uma bactéria altamente contagiosa transmitida por via fecal-oral e com elevada morbilidade, recorrência e resistência terapêutica.

Métodos

Estudo retrospectivo de doentes ≥ 18 anos internados no Serviço de Medicina Interna (2017-2024) com diagnóstico confirmado (teste microbiológico positivo para toxina ou PCR de CD). Analisaram-se dados demográficos, clínicos, laboratoriais e imagiológicos, incluindo sintomas, exposição a antibióticos, comorbilidades, tratamento, complicações e desfechos. Utilizaram-se testes de qui-quadrado e regressão logística para preditores de mortalidade e recorrência.

Resultados

Incluíram-se 59 doentes (média de 77,9 anos; mediana de 83 anos), 27,1% homens. A infeção foi adquirida na comunidade em 39% dos casos. As comorbilidades mais frequentes foram excesso de peso (45,8%), diabetes (30,5%) e imunossupressão (16,9%). A exposição recente a antibióticos ocorreu em 81,4% dos casos; 39% estavam sob IBP e 13,6% sob imunossupressores. Hospitalizações recentes registaram-se em 76,3% e 28,8% eram institucionalizados. Os sintomas mais comuns foram diarreia (98,3%), dor abdominal (94,9%) e febre (64,4%). Disfunção cardiovascular - hipotensão ocorreu em 37,3% dos casos, 1 deles com necessidade admissão em cuidados intensivos. Os exames laboratoriais mostraram PCR médio de 12,02 mg/dL e lesão renal aguda 49,2%. A análise microbiológica revelou CD Ag positivo em 91,5%, toxina positiva em 86,4% e PCR de CD positivo em 13,5%. A TC abdominal realizada em 33 doentes revelou espessamento das paredes intestinais em 78,8%, dilatação das ansas em 30,3% e ascite em 24,2%. Quanto ao tratamento, 66,1% receberam vancomicina em monoterapia, 6,8% metronidazol e 1,7% fidaxomicina, em 25,4% a terapêutica foi combinada. A duração média da antibioterapia foi de 11,6 dias. As complicações incluíram sépsis (11,9%), hemorragia digestiva (18,6%) e perfuração intestinal por megacólon tóxico com necessidade de cirurgia em 1 caso. O tempo médio de internamento foi de 17,6 dias. A mortalidade intra-hospitalar foi de 15,3%, e registaram-se 6,8% (n=4) óbitos nos 30 dias após a alta. A taxa de recorrência foi de 22% (n=13).

Conclusão

A colite pseudomembranosa é um desafio clínico, especialmente em idosos e imunocomprometidos. A taxa de recorrência e as complicações graves reforçam a necessidade de otimizar estratégias terapêuticas e preventivas. Apesar da eficácia da vancomicina, o risco de recorrência sugere considerar fidaxomicina ou transplante de microbiota fecal em casos selecionados. A relação entre IBP e infeção reforça a necessidade de prescrição criteriosa. Não obstante as limitações de um estudo retrospectivo e de amostra única, os dados destacam a importância da identificação precoce dos fatores de risco e de medidas rigorosas de controlo da infeção.

Reinfecção por vírus da hepatite C- casuística da Gaia e Espinho

Rui Salvador; Filipa Borges Santos; Joana Fragoso; Cristóvão Figueiredo; Tiago Teixeira; Margarida Mota

ULS GAIA ESPINHO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

De acordo com as metas estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para eliminar a hepatite C até 2030, é imperativo desenvolver estratégias que abordem dois desafios principais: o diagnóstico tardio da primeira infeção e o diagnóstico da reinfeção. A taxa de reinfeção varia conforme a população estudada, mas segundo a literatura é de 5,9/100 pessoas-ano entre indivíduos com uso recente de drogas injetáveis ou não injetáveis.

Objetivos

Avaliar descritivamente a população de doentes reinfectados com hepatite C seguidos nas consultas de Infeciologia da Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho (ULSGE).

Métodos

Foram revistos os processos dos pacientes com infeção por VHC seguidos na consulta de Medicina-Infeciologia da ULSGE entre 2015 e 2024. Posteriormente os dados foram processados utilizando o Microsoft Excel.

Resultados

De 835 pacientes tratados com Agentes Antivirais Diretos (AAD), identificamos 6 casos que preencheram critérios para reinfeção. O intervalo de diagnóstico entre a primeira e segunda infeção foi, em mediana, superior a 3 anos.

Discussão

Observou-se que o número de doentes com reinfeção foi substancialmente inferior aos dados reportados na literatura, assim como o intervalo entre o diagnóstico da primeira infeção e a reinfeção. A reinfeção por VHC ocorreu predominantemente em pacientes que mantêm hábitos toxifílicos e estilo de vida desorganizado, dificultando o acompanhamento regular para identificação precoce e tratamento de reinfeção.

Propõe-se uma abordagem descentralizada para esses pacientes, realizando colheitas em áreas geográficas de maior fragilidade social. O seguimento desafiador em pacientes com comportamentos de risco ativos pode complicar a distinção entre reinfeção, recidiva ou falta de resposta, e contribuir para a baixa taxa de reinfeção na nossa amostra em comparação com a literatura, dado haver casos de perda de follow-up.

Recomenda-se a investigação mais aprofundada dessa problemática em estudos com amostras mais extensas para proporcionar maior poder estatístico e, consequentemente, aprimorar as conclusões obtidas.

Importância da Vacinação em idosos na Consulta de Geriatria

Rafaela Veríssimo

Tema: Medicina geriátrica

Introdução

A vacinação é uma estratégia de prevenção fundamental para evitar doenças infecciosas, sendo os idosos um dos grupos com maior incidência dado aos mecanismos de senescência e às comorbilidades. As vacinas podem reduzir morbilidade e mortalidade, sendo por isso a sua prescrição e aconselhamento importantes na qualidade de vida dos mais velhos. Este trabalho pretende abordar a importância da vacinação na consulta geriátrica e as suas implicações na saúde do idoso.

Objetivos

Analisar a importância da vacinação em pessoas com mais de 65 anos durante a consulta de geriatria, destacando as recomendações e os desafios do plano de vacinação.

Material e métodos

Avaliaram-se através de um estudo descritivo da análise de dados de 98 doentes com mais de 65 anos numa consulta de Geriatria, consultando o RSE – plano vacinal e considerando as taxas de adesão vacinal, intercorrências ou alergias e foram ainda identificados os internamentos por infeções durante o ano presente.

Resultados

Foram avaliados 98 doentes, com média de idade foi de 85,75 anos, com mínimo de 65 anos e máximo de 101 anos. Os dados evidenciaram taxas de vacinação acima dos 50% para a gripe sazonal, para o covid-19 e para o tétano (79,59%, 62,24% e 94,89%, respetivamente, sendo menos prevalente a vacinação para a pneumonia pneumocócica. Dos indivíduos que não realizaram, em 60% recusaram vacina da gripe sazonal, 54% recusaram vacina para o covid-19 e 3,1% recusaram a vacina anti-pneumocócica. 5% dos indivíduos recusaram qualquer uma das vacinas recomendadas. Verificou-se ainda durante o ano seguinte 2,07% internamentos por infeção respiratória nos indivíduos não vacinados para a gripe sazonal.

Conclusões

Os dados analisados evidenciam que a estratégia como a educação em saúde e a inclusão de vacinação no plano de cuidados geriátricos é fundamental para melhorar a cobertura vacinal e reduzir a incidência de doenças infecciosas como influenza e pneumonia. No entanto, barreiras como a desinformação e a fadiga vacinal podem comprometer a adesão. É importante que o médico geriatra consciencialize os doentes mais velhos para a prevenção de complicações graves e incentive a adesão vacinal, a par de políticas públicas e ações educativas para aumentar o acesso às vacinas nesta faixa etária.

Relação entre Triagem, Visitas Prévias e Sobrevida em Doentes Internados em Medicina Interna

Mariana Antão; Teresa Abegão; Claudia Fitas; Carlos Cabrita; Catarina Mendonça

CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE, EPE / HOSPITAL DE FARO

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução

A identificação precoce de factores prognósticos em doentes internados é fundamental para a optimização de cuidados. Este estudo investigou a relação entre a gravidade inicial avaliada na triagem, o histórico de visitas prévias à urgência e o tempo decorrido até ao óbito nesse internamento.

Metodologia

Análise retrospectiva de 274 óbitos do internamento de Medicina Interna em Dezembro '24, Janeiro e primeira quinzena de Fevereiro de '25. Avaliada a classificação na triagem de Manchester (cor da pulseira), nº de visitas à urgência nos 6 meses prévios pelo mesmo motivo que o de admissão e duração do internamento até ao óbito. Os doentes foram agrupados em prioridade alta (pulseira vermelha e laranja) e baixa (amarela, verde, branca e azul), com ou sem visitas prévias.

Resultados

Da amostra, 48.5% foram triados com pulseira amarela e 44.5% com pulseira laranja; 71,5% não tinham vindas prévias à urgência. Os triados com pulseira verde apresentaram tempos de sobrevida superiores (mediana 17 dias) aos de pulseira amarela e laranja (ambos com mediana 6 dias). Na análise combinada, os grupos sem visitas prévias apresentaram medianas idênticas (7 dias), independentes da prioridade na triagem. No grupo de alta prioridade com visitas prévias, o tempo médio de sobrevivência foi notavelmente reduzido (6,0 dias) em comparação com doentes de alta prioridade sem visitas prévias (14,7 dias). No grupo de baixa prioridade, a presença de visitas prévias reduziu a mediana de sobrevida (5,7 vs 7 dias) mas não a média, que se manteve elevada (19,2 vs 18 dias).

Conclusões

A combinação de triagem de alta prioridade com histórico de visitas prévias identificou pacientes com menor sobrevida média, sugerindo uma potencial ferramenta para estratificação de risco. A discrepância entre médias e medianas em alguns grupos sugere distribuições assimétricas com casos extremos.

Colite isquémica na Medicina Interna - caracterização da população internada num hospital terciário

Margarida Senra Pereira; Telma Matias; João Luís Carlos; Vilma Laís Grilo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Introdução

A colite isquémica é a forma mais comum de isquémia intestinal, com uma incidência que tem vindo a aumentar significativamente, tendo em conta o envelhecimento da população.

Objetivo

Caraterizar a população de doentes internados com colite isquémica num hospital terciário.

Material e métodos

Realizou-se um estudo observacional, retrospectivo, conduzido num hospital terciário entre janeiro de 2020 e janeiro de 2025, no qual incluímos todos os adultos internados com diagnóstico de colite isquémica. Analisámos as características demográficas, comorbilidades, manifestações clínicas, métodos complementares de diagnóstico e caracterização do internamento.

Resultados

Foram incluídos 94 doentes, com uma média de idades de 77 anos. Destes, 63 (67%) eram do sexo feminino. No que diz respeito a comorbilidades, 92,6% apresentava hipertensão arterial, 61,7% dislipidemia e 23,4% doença renal crónica.

Relativamente à apresentação, 72,3% dos doentes referiam dor abdominal e 63,8% presença de sangue nas fezes; 21,3% estavam hemodinamicamente instáveis.

Quanto a exames complementares, 75 doentes realizaram TC abdominal, sendo que o achado mais frequente foi o espessamento parietal (n=67), seguido da densificação da gordura pericólica (n=15); 69 doentes realizaram colonoscopia, dos quais 50 apresentavam ulceração da mucosa. O local anatómico mais afetado foi o cólon sigmoide (n=59), seguido do cólon esquerdo (n=44); 2 doentes apresentaram uma afeção pancólica.

Quanto à gravidade da doença, 7 apresentavam colite isquémica ligeira, 56 moderada e 31 grave. Foram medicados com antibioterapia 82 doentes, tendo os restantes sido tratados com medidas de suporte. Nenhum doente foi submetido a abordagem cirúrgica. A duração média do internamento foi de 13,5 dias.

Verificou-se o óbito de 10 doentes (10,6%), dos quais 1 com colite ligeira, 5 moderada e 4 grave. Destes doentes, 8 morreram por consequência da colite e 2 por complicações do internamento, não relacionadas com a colite.

Discussão e conclusão

A maioria dos doentes internados com colite isquémica era do sexo feminino e apresentava fatores de risco cardiovasculares, o que está de acordo com a literatura. A afeção pancólica, apesar de ser a mais grave, verificou-se apenas num número muito reduzido de doentes. Destacamos ainda a mortalidade elevada verificada.

Adequação da terapêutica antibiótica no tratamento da colite isquémica

Margarida Senra Pereira; Telma Matias; João Luís Carlos; Vilma Laís Grilo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Introdução

A colite isquémica ocorre quando o fluxo sanguíneo do cólon é reduzido a um nível suficientemente baixo para causar lesão isquémica. Pode estar associada a danos estruturais reversíveis ou irreversíveis. Classifica-se em ligeira, moderada ou grave. A colite ligeira inclui os casos de doença segmentar, não isolada ao cólon direito, sem fatores de risco para mau prognóstico. Classificam-se com colite moderada os doentes com um a três fatores de mau prognóstico: sexo masculino, tensão arterial sistólica < 90 mmHg, taquicardia, dor abdominal sem hemorragia retal, azoto ureico > 20 mg/dL, Hemoglobina < 12 g/dL, desidrogenase láctica > 350 U/L, sódio < 136 mEq/L, leucócitos > 15x10⁹/L ou ulceração da mucosa na colonoscopia. A doença grave inclui os doentes com mais de três fatores de mau prognóstico ou com sinais peritoneais ao exame físico, pneumatose na TC, gangrena na colonoscopia ou distribuição pancólica. A antibióterapia está recomendada apenas nas formas moderadas e graves da doença e deverá incluir um fármaco com atividade anti-anaeróbios associado a uma fluoroquinolona ou cefalosporina. Alternativamente, poderá utilizar-se piperacilina tazobactam em monoterapia.

Objetivo

Avaliar a adequação da antibióterapia utilizada nos doentes internados com colite isquémica num hospital terciário.

Material e métodos

Realizou-se um estudo observacional, retrospectivo, conduzido num hospital terciário entre janeiro de 2020 e janeiro de 2025, no qual incluímos todos os adultos internados com diagnóstico de colite isquémica. Foi analisada a gravidade da doença (tendo por base os critérios acima descritos) e a antibióterapia utilizada.

Resultados

Foram incluídos 94 doentes. Dos doentes incluídos, 7 apresentavam colite isquémica ligeira, 56 moderada e 31 grave. Dos doentes com colite ligeira, 71,4% (n=5) realizaram antibióterapia. Realizaram antibióterapia 51 doentes (91,1%) com formas moderadas e 26 (83,9%) com formas graves de colite isquémica. O esquema antibiótico mais utilizado foi a associação de ceftriaxona e metronidazol, em 37 doentes (39,4%). Foram utilizados esquemas antibióticos considerados não adequados (metronidazol, cefuroxima, ceftriaxona ou ceftazidima em monoterapia ou amoxicilina + ácido clavulânico em associação com metronidazol) em 9 doentes (9,6%). Não se verificou diferença estatisticamente significativa no que diz respeito à mortalidade entre os doentes que realizaram terapêutica antibiótica adequada em comparação com os que realizaram terapêutica não adequada ($p > 0,05$).

Discussão e conclusão

Na maioria dos doentes com colite isquémica em estudo, a antibióterapia foi utilizada de forma adequada. Destaca-se, contudo, a sobreutilização de antibióterapia nas formas ligeiras, onde o benefício da antibióterapia não está comprovado.

Impacto das comorbilidades nas infeções por Influenza A, B e Vírus Sincial Respiratório

Beatriz Luís Lopes; Mariana da Silva Alves; Carolina Cardoso; David M. Furtado; Pedro Dias Dos Santos; Filipa Pedro; Jóni Mota; Isabel Martins

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

As infeções respiratórias virais são uma das principais causas de admissão hospitalar, especialmente em doentes com comorbilidades preexistentes. O impacto das comorbilidades na evolução dos doentes infetados com Influenza A, B e Vírus Sincial Respiratório (VSR) tem sido amplamente estudado, destacando-se o risco acrescido de complicações e mortalidade. O presente estudo analisa a associação entre antecedentes pessoais e a evolução dos doentes que recorreram ao serviço de urgência em 2024.

Objetivo

Avaliar o impacto das comorbilidades na necessidade de internamento e na evolução clínica dos doentes com infeção por Influenza A, B e VSR.

Material e Métodos

Realizou-se um estudo observacional, retrospectivo, incluindo 8837 doentes que recorreram ao Serviço de urgência em 2024 e foram submetidos a teste de antígeno ou PCR para Influenza A, B e VSR, sendo um total de 380 positivos em pelo menos um dos resultados. Destes 380 doentes, foram estudados os 54 que necessitaram de internamento. Foi avaliado o grau de autonomia dos doentes internados e a necessidade de cuidados intensivos. As comorbilidades analisadas foram insuficiência cardíaca (IC), diabetes mellitus (DM) tipo 2, asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), hipertensão arterial (HTA) e imunossupressão. A análise estatística foi realizada utilizando Microsoft Excel.

Resultados

Dos 380 doentes analisados, 54 necessitaram de internamento. Entre estes, 33% eram autónomos, 29% parcialmente dependentes e 38% dependentes, sendo que 44 doentes testaram positivo para a influenza A, 8 para influenza B e 3 para VSR. Houve um doente que testou positivo para influenza A e B. Em relação às comorbilidades presentes nos doentes internados verificou-se que 61.1% (n= 33) tinham HTA, 57.7% (n=16) IC, 35.2% (n=19) DM tipo 2, 22.2% (n=12) DPOC, 20.4% (n=11) imunossupressão e 3.7% (n=2) asma. Cerca de 70% dos doentes internados tinham pelo menos duas das comorbilidades estudadas.

Quando analisada a amostra total de doentes infetados, verificamos que ficaram internados 55.2% dos doentes com IC, 52.8% com DM tipo 2, 8.3% com asma, 52.2% com DPOC, 35.9% com HTA e 32.4% com imunossupressão.

Quanto à necessidade de cuidados mais diferenciados, apenas dois doentes foram admitidos no serviço de medicina intensiva. A mortalidade entre os internados foi de 20,4% (n=11).

Conclusão

As comorbilidades mais prevalentes nos doentes internados foram a HTA, IC e a DM tipo 2. Nenhuma comorbilidade isolada aparentou aumentar risco de internamento por infeção a influenza A, B ou VSR. Contudo, o somatório de diferentes comorbilidades parece aumentar o risco de internamento. A asma foi pouco prevalente nos doentes internados, diferença considerável quando comparada com a DPOC. A taxa de mortalidade foi elevada, reforçando a necessidade de identificação precoce e estratégias de prevenção, como a vacinação e a gestão otimizada das comorbilidades. Estes achados estão em linha com estudos anteriores que destacam a importância das condições clínicas preexistentes na evolução das infeções respiratórias virais.

Incidência de défices nutricionais após cirurgia bariátrica

Ricardo Mortágua Velho; Manuel Pimentel Maia; Bernardo Belchior; João Coelho; David Lopes Sousa; Ana Sofia Teixeira; Lèlita Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A cirurgia bariátrica é um tratamento eficaz para a obesidade, proporcionando perda de peso significativa e melhoria na qualidade de vida. No entanto, as modificações anatómicas e fisiológicas do tubo digestivo na cirurgia bariátrica podem favorecer o aparecimento de défices nutricionais graves, por prejuízo da absorção de alguns nutrientes. Estes défices podem ter consequências a longo prazo, sendo crucial o acompanhamento médico rigoroso após a cirurgia e a sua suplementação.

Objectivo

O objectivo deste estudo foi avaliar a incidência de défices nutricionais em doentes submetidos a cirurgia bariátrica e que mantiveram seguimento em consulta hospitalar de Obesidade nos primeiros anos após a intervenção.

Material e Métodos

Durante um período de 6 meses foram avaliados doentes submetidos a cirurgia bariátrica e que foram referenciados a consulta hospitalar de Obesidade para seguimento pós-operatório. A um total de 76 doentes foram realizados exames laboratoriais para estudo de défices nutricionais, com doseamento dos níveis séricos de ferritina, ácido fólico, vitamina B12, vitamina D e cálcio e posterior análise estatística dos dados.

Resultados

Os resultados demonstraram uma elevada prevalência de défices nutricionais nos doentes submetidos a cirurgia bariátrica. A cirurgia mais frequente foi a gastrectomia vertical (*sleeve*) (68,42%), seguida do *bypass* gastro-jejunal (21,05%) e da derivação biliopancreática com *duodenal switch* (10,53%). A maioria dos doentes (76,32%) apresentava défices nutricionais, sendo que apenas 23,68% dos doentes não apresentou qualquer tipo de défice. Foi identificado défice de ferro em 42,11% dos doentes. Por sua vez, 32,89% apresentou défice de ácido fólico, 15,79% défice de vitamina B12 e 52,63% défice de vitamina D, este último o mais prevalente. O défice de cálcio foi o menos comum, afectando 14,47% dos doentes.

Conclusões

Os resultados deste estudo reforçam a necessidade de acompanhamento para identificação e abordagem dos défices nutricionais nos doentes submetidos a cirurgia para tratamento da obesidade. Quando não tratados, estes défices podem conduzir a complicações a longo prazo, como anemia, osteoporose e distúrbios neurológicos. Os dados deste estudo confirmam que a maioria dos doentes submetidos a cirurgia bariátrica apresenta défices nutricionais significativos, que foram posteriormente adequadamente tratados. Este estudo reforça a importância de integrar a monitorização analítica e nutricional regular nas consultas de seguimento pós-cirúrgico, como parte fundamental do processo de manutenção dos benefícios da cirurgia. A abordagem multidisciplinar, envolvendo médicos, nutricionistas e outros profissionais de saúde, é essencial para garantir a recuperação plena e a saúde a longo prazo dos doentes submetidos a cirurgia bariátrica.

Menos é mais? Avaliação de ciclos curtos de antibioterapia na prática clínica

Sara Sarmento; Francisca Sarmento; Raquel Dias; Marco Morais; Beatriz Ângelo; Nuno Azevedo; Leonel Pereira; Isabel Carvalho; Marta Freixa; Nayive Gomez; António Martins Baptista

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, EPE / HOSPITAL PULIDO VALENTE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A duração convencional do tratamento para infeções respiratórias, urinárias (ITU) e bacteriémias, baseiam-se na opinião de especialistas e preveem cursos longos para garantir a erradicação de patógenos e evitar recidivas. Contudo, o aumento da resistência antimicrobiana tem levado à proposta de regimes mais curtos para mitigar o desenvolvimento das resistências, reduzindo os seus efeitos adversos e os custos associados.

Objetivo

Avaliar a resposta clínica e laboratorial de doentes com infeção respiratória, ITU ou bacteriémia tratados com cursos curtos de antibioterapia.

Material e Métodos

Estudo retrospectivo de doentes internados num Serviço de Medicina com infeção respiratória, ITU ou bacteriémia. Analisados parâmetros clínicos e analíticos no início do tratamento (D0) e em D5 nas infeções respiratórias, D3 e D5 nas ITU, e D7 e D10 nas bacteriémias.

Resultados

Foram analisados 230 doentes com infeções respiratórias (53,5% mulheres, idade média 81 anos). Principais comorbilidades: doença renal crónica (DRC) (39%), doença respiratória crónica (DR) (37%), Insuficiência Cardíaca (IC) (34,3%), demência (30,4%) e diabetes (DM) (30%). Pneumonia foi o diagnóstico mais comum (82,6%) e a maioria com origem na comunidade (79,1%). Em D5, 8,26% mantinham febre, 22,2% tinham leucocitose, 85,7% tiveram redução da PCR, embora 48,7% tivessem insuficiência respiratória. O critério de resolução de infeção (CRI) foi alcançado em 45,2%, sem relação significativa com as variáveis estudadas, embora a presença de doença respiratória crónica mostre uma tendência para a não resolução ($p \approx 0,057$). Foram analisados 87 doentes com ITU (73,6% mulheres, idade média 80,3 anos). A maioria tinha pielonefrite (66,7%) e a maioria dos casos foram adquiridos na comunidade (73,6%). Principais comorbilidades: DRC (46%), IC (37,9%), DM (43,7%) e demência (43,7%). Em D3, 90,7% dos que tinham febre em D0 estavam apiréticos, e 67,5% tiveram redução da PCR e 77% tinham CRI. Em D5, 95,4% estavam apiréticos e 77% tiveram redução da PCR e 80,5% tinham CRI. Observou-se relação significativa entre ausência de febre em D3 ($p < 0,001$) e D5, e entre CRI em D3 e D5 ($p < 0,05$). Foram analisados 32 doentes com bacteriémia (53,1% mulheres, idade média 80,5 anos). Principais comorbilidades: DM (53,1%), IC (46,9%) e doença neurológica (37,5%). A infeção teve origem maioritariamente no trato urinário (53,1%) ou respiratório (25%). Em D7, 15,6% mantinham febre, 28,1% leucocitose, 71,8% reduziram PCR e 68,8% tinham CRI. Em D10 nenhum doente apresentava febre, 15,6% tinham leucocitose, PCR reduziu em média 66,25% e 76% tinham CRI. Observou-se relação significativa entre CRI em D7 e D10 ($p < 0,05$).

Conclusão

Na amostra, cursos curtos de antibioterapia mostraram-se eficazes e seguros, com altas taxas de resolução de infeção. Nas ITUs e bacteriémias, a resolução nos primeiros dias foi estatisticamente significativa e associada ao critério de resolução no final do tratamento. Apesar de não ter sido encontrada relação significativa entre comorbilidades e resolução de infeção, a presença de doença respiratória crónica sugeriu maior necessidade de tratamentos prolongados nas infeções respiratórias. Estudos adicionais são necessários para a implementação de regimes mais curtos na prática clínica.

Centenários com fratura proximal do fémur: Perfil Clínico, Prognóstico e Abordagem Multidisciplinar

Rafaela Veríssimo¹; Tiago Fernandes²; Mariana Gonçalves²; Fatima Silva²; Ana Mondragão²

¹ .

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Medicina geriátrica

Introdução

O número de centenários está a aumentar devido ao envelhecimento populacional. Pacientes com 100 anos têm particularidades fisiológicas, maior carga de comorbilidades e desafios no tratamento ortopédico. O prognóstico após fratura de fémur em centenários pode ser esperado como desfavorável, devido à diminuição da reserva fisiológica com a idade e à probabilidade de comorbidades médicas. De fato, foi demonstrado que a mortalidade hospitalar após fratura do fémur em centenários varia de 11 a 31%. Além disso, atrasos na otimização desses pacientes para cirurgia e mobilização pós-operatória também podem ser esperados, aumentando o tempo total de internamento em comparação com outros pacientes com fratura do colo do fémur.

Objetivo

O objetivo deste estudo é caracterizar o perfil clínico e a evolução funcional dos centenários internados na unidade de ortogeriatría, avaliar os desfechos pós-fratura e fatores prognósticos para mortalidade intra-hospitalar e aos 3 meses.

Metodologia

Coorte retrospectiva de centenários internados na unidade de ortogeriatría por fratura osteoporótica do fémur no último ano. Foram ainda comparados com os nonagenários quando às variáveis: comorbidades (Charlson Comorbidity Index), fragilidade (Frailty score), estado nutricional, polifarmácia, estado funcional pré e pós-fratura, tempo até cirurgia, tempo de internamento e complicações, bem como mortalidade intra-hospitalar, re-hospitalizações, e retorno à mobilidade prévia.

Resultados e Conclusões

No período de um ano foram admitidos 298 doentes, sendo que cinco doentes tinham idade superior a 100 anos. O tempo de internamento dos centenários foi em média de 8 dias (sobreponível aos nonagenários), com uma espera cirurgia média de 1,8 dias. Todos foram identificados com desnutrição e apenas um não estava polimedicado. Durante o internamento mais de 50% apresentaram *delirium*, sendo a lesão renal aguda e a anemia as intercorrências médicas mais frequentes. A reabilitação foi iniciada em todos no dia seguinte à cirurgia e à data de alta todos cumpriram o objetivo de marcha com andarilho. Na avaliação aos 6 meses apenas um centenário manteve a autonomia prévia e dois faleceram.

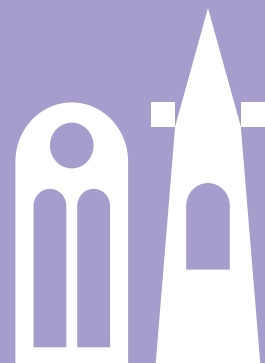
É necessária uma otimização da abordagem geriátrica para este grupo que permita recolher dados para orientar decisões sobre tratamento cirúrgico, suporte nutricional e reabilitação. O tratamento agudo de fraturas de fémur em centenários representa um desafio crescente que exige compreensão dos desafios destes doentes. Há um papel crítico da abordagem geriátrica multidisciplinar na recuperação funcional, com importância do estado nutricional e da prevenção do *delirium* na evolução pós-fratura.

POSTERS



POSTERS

CASOS CLÍNICOS



ÍNDICE

- PO0015 - A PROPÓSITO DA ABORDAGEM DE EXACERBAÇÃO CRÍTICA NA FIBROSE PULMONAR
- PO0019 - PARÉSIA DO 3º NERVO INCOMPLETO
- PO0024 - Espondilite infecciosa – um desafio diagnóstico
- PO0025 - Mixedema num idoso
- PO0041 - SAF em doente idoso – nunca é tarde demais para o diagnóstico
- PO0066 - Não é mieloma, mas é múltiplo: a propósito de um caso de hipercalcemia grave
- PO0078 - Doença de Still: Um desafio diagnóstico e terapêutico
- PO0088 - Infecção atípica por Salmonella
- PO0094 - A ameaça da prótese ao hospedeiro
- PO0099 - Thinking outside the box – a propósito de uma lesão óssea lítica
- PO0108 - Os desafios diagnósticos de uma doença multissistêmica: um caso de Esclerose Múltipla
- PO0116 - Quando os vasos comprometem a marcha
- PO0127 - Um caso clínico de intoxicação por Bupropion
- PO0128 - Título: Quando a síncope é alérgica: Uma jornada diagnóstica
- PO0139 - Anemia hemolítica iatrogénica na Malária grave: um caso clínico
- PO0140 - Must be a worm on the brain - um caso clínico
- PO0141 - Num Ápice – de mãos dadas com o inimigo
- PO0145 - Hipocaliemia de longa data: um verdadeiro desafio diagnóstico
- PO0149 - Hepatite Aguda Induzida por Metamizol
- PO0150 - Da febre sem foco ao Linfoma de Hodgkin
- PO0151 - Listeriose invasiva
- PO0158 - Uma causa incomum de Síndrome de Horner
- PO0168 - AVC cardioembólico- em busca do trombo
- PO0175 - Sarcoidose: um relato de caso interessante
- PO0182 - Quando não vemos os sinais..
- PO0193 - Agranulocitose Secundária ao Metamizol
- PO0204 - Rinossinusite crônica - infecção ou linfoma?
- PO0206 - Alterações do sistema nervoso central: mielite ou linfoma?
- PO0217 - SÍNDROME MALIGNO DOS NEUROLÉPTICOS: SERÁ SEMPRE UM DIAGNÓSTICO DE EXCLUSÃO?
- PO0220 - Metastização Cerebral em Neoplasia Rara
- PO0222 - Descompensação da diabetes: a red flag sistêmica
- PO0226 - Uma dupla ameaça - o desafio diagnóstico de tumores síncronos
- PO0230 - Linfoma de Hodgkin - O mascarado
- PO0232 - Oligella urethralis - case report e revisão
- PO0236 - Metildopa e Depressão Pós-Parto: Coincidência ou Casualidade?
- PO0241 - Sarcoidose Vertebral: Quando a Doença Sistêmica Compromete a Marcha
- PO0242 - DOENÇA PNEUMOCÓCICA INVASIVA COM DERRAME PLEURAL EM ADULTO JOVEM
- PO0259 - SERÁ UM HIPOTIROIDISMO SECUNDÁRIO A LÍTIO?
- PO0262 - Pileflebite: um diagnóstico incomum
- PO0269 - O que parece, não é
- PO0282 - “O Corpo também Fala: Derrames que Escondem Segredos”
- PO0284 - Uma apresentação atípica , a importância da anamnese.
- PO0287 - Mieloma múltiplo de cadeias leves: entidade com abordagem desafiante

PO0317 - Colangite Biliar Primária com Colestase Ligeira: O Papel da Investigação Imunológica
 PO0322 - Acidente Vascular Cerebral e Foramen Oval Patente: A propósito de um caso clínico
 PO0342 - Diagnóstico tardio: uma apresentação rara de melanoma.
 PO0352 - Quando a Imagem Engana
 PO0367 - Eritema nodoso: uma etiologia menos comum
 PO0369 - MRSSA bacteriemia complicated with necrotizing pneumonia in an immunocompromised patient
 PO0372 - OSTEONECROSE DA MANDIBULA EM PACIENTE EM TRATAMENTO COM DESONUMAB
 PO0381 - Sarcoidose torácica estágio III com envolvimento extrapulmonar multifocal: um caso clínico
 PO0388 - ABCESSO HEPÁTICO COM PNEUMOPERITONEU
 PO0389 - Carcinomatose leptomeníngea – um desafio diagnóstico
 PO0391 - Massa abdominal complexa em mulher de 75 anos: diagnóstico de tumor mucinoso borderline do ovário
 PO0393 - PANICULITE LIPOMEMBRANOSA DAS REGIÕES GLÚTEAS, A IMPORTÂNCIA DA
 EPIDEMIOLOGIA NO DIAGNÓSTICO.
 PO0410 - Síndrome diarreico no idoso- um diagnóstico a suspeitar
 PO0436 - Um caso clínico de Guillain-Barré
 PO0437 - Choque séptico como apresentação no diagnóstico de Mieloma Múltiplo
 PO0444 - Do Prato ao Pulmão: As implicações clínicas da aspiração de uma Fava
 PO0458 - Mesotelioma Pleural Maligno e seus Desafios Diagnósticos: A Propósito de um Caso Clínico
 PO0463 - Circuito de Fontan - uma fonte de problemas?
 PO0470 - Anemia Grave: o Inimigo Silencioso da Saúde de Ferro
 PO0473 - Desafios na abordagem de endocardite infecciosa: Quando o tratamento cirúrgico não é opção
 PO0474 - Linfoma T e Vasculite Crioglobulinêmica: uma associação rara
 PO0485 - Manifestações exuberantes de sífilis secundária
 PO0496 - Uma forma exuberante de Polineuropatia Diabética
 PO0498 - Imunodeficiência Comum Variável: complexidade diagnóstica e abordagem clínica.
 PO0506 - Síndrome dos Ductos Biliares Evanescentes
 PO0513 - Encefalopatia Urêmica Secundária a Acalásia: Um Caso Clínico Raro
 PO0520 - Síndrome Constitucional em Doente com Polimialgia Reumática: Uma reviravolta diagnóstica
 PO0530 - Acidose tubular renal- Caso clínico
 PO0535 - Massa do mediastino anterior e superior – manifestação incomum de doença rara
 PO0537 - Tuberculose Disseminada: desafios diagnósticos perante clínica atípica e múltiplas comorbidades
 PO0541 - Pneumonia obstrutiva em doente com Leucemia Linfocítica Crônica
 PO0547 - Arterite de Células Gigantes: a importância da suspeita clínica
 PO0553 - Casos Raros de Litíase Coraliforme
 PO0558 - Diagnóstico de policondrite recidivante: quando o óbvio passa despercebido
 PO0579 - Muito Além da Pneumonia: Uma Investigação Necessária
 PO0584 - Duas Faces da Infecção: Pneumonia e Colecistite no Mesmo Paciente
 PO0585 - Endocardite infecciosa por agente incomum: relato de dois casos clínicos
 PO0605 - Défice de Vitamina B12 como Stroke Mimic: Relato de Caso
 PO0607 - Do Sorriso à Urgência: O Pneumotórax Causado pela Peça Dentária Perdida
 PO0614 - Acetazolamida na Insuficiência Respiratória Tipo 2: Um Recurso Terapêutico Subestimado?
 PO0621 - Sinal do Halo em jovem imunocompetente - um espectro de várias doenças pulmonares
 PO0622 - UM CASO DE PANCREATITE AGUDA NECROTIZANTE SEM ELEVAÇÃO DA LIPASE SÉRICA
 PO0627 - Anemia em Pluripatologia autoimune
 PO0645 - A febre nem sempre é de etiologia respiratória ou urinária
 PO0647 - Platipneia-Ortodeoxia, um diagnóstico desafiante
 PO0650 - Caso clássico de Hipertensão Intracraniana Idiopática
 PO0665 - Sarcoidose com Envolvimento Sistêmico: Diagnóstico Diferencial no Adulto Jovem
 PO0666 - Da emergência ao internamento: o papel da ecografia abordagem integrada do tamponamento cardíaco
 PO0668 - Complicações no internamento - relato de um caso clínico
 PO0671 - Dengue: Diagnóstico e Orientação
 PO0672 - Síncope como Apresentação Inusitada de Linfoma: Um Diagnóstico em Contexto de Urgência
 PO0678 - Da teoria à prática: um abscesso hepático desmascarado pela literatura
 PO0684 - Uma apresentação atípica de poliartrite nodosa
 PO0693 - Neuropatia Ótica Isquêmica Posterior Após Tratamento Endovascular de Aneurisma Cerebral
 PO0697 - É apenas uma pericardite
 PO0707 - Hiponatremia Grave Secundária a Uso Crônico de Suplementos: Um Desafio Diagnóstico

PO0709 - Enfarte Agudo do Miocárdio e Choque Cardiogénico: Corrida Contra o Tempo na Gestão do Caso Crítico
 PO0714 - Gritar até “reventar”
 PO0723 - Uma ptose suspeita – diagnóstico inesperado de uma meningite criptocócica
 PO0728 - Uma associação a considerar: imunodeficiência primária e amiloidose
 PO0729 - Granulomatose Eosinofílica com Poliangeíte: um caso em fase prodrômica
 PO0730 - Vasculite leucocitoclástica - diagnóstico desafiante!
 PO0737 - Síndrome de Takotsubo como mimetizador de síndrome coronário agudo
 PO0739 - Bacteriemia recorrente em endocardite de diagnóstico complexo
 PO0743 - Febre intermitente em doente imunossuprimido: a propósito de um caso clínico
 PO0748 - Insuficiência suprarrenal primária: um diagnóstico diferencial enigmático
 PO0755 - O enigma retroperitoneal: Quando a inflamação esconde um perigo mortal
 PO0759 - MINOCA: Um Caso de Enfarte Agudo do Miocárdio em Jovem
 PO0765 - Arterite de Células Gigantes/Polimialgia Reumática: a importância da suspeita clínica
 PO0766 - O Raro Caso de Metastização Cutânea e Muscular no Carcinoma de Pequenas Células do Pulmão
 PO0769 - MASSAS INTRACARDÍACAS: A IMPORTÂNCIA DA EXISTÊNCIA DE EQUIPAS MULTIDISCIPLINARES
 PO0778 - Streptococcus cristatus: a origem de uma queda
 PO0786 - Soluções persistentes num doente paliativo
 PO0803 - Endocardite Pneumocócica
 PO0812 - Cefaleia em “trovão”: alerta para a Síndrome Vasoconstrição Cerebral Reversível
 PO0823 - O que pode a pele denunciar?
 PO0837 - Síndrome febril em contexto de infeção ou doença linfoproliferativa?
 PO0838 - Meningite Bacteriana complicada com Empiema Subdural e Vasculite Infeciosa
 PO0840 - Decifrar um caso de febre e linfocitose
 PO0851 - Tuberculose Extrapulmonar com Polisserosite: Relato de Caso
 PO0864 - Síndrome da Veia Cava Superior: Uma Pista Para o Diagnóstico Precoce de Neoplasias Mediastínicas
 PO0879 - Muito Além da Pneumonia: Um Linfoma Difuso a Revelar-se
 PO0890 - Malária e Síndrome Hemafagocítico
 PO0897 - CASO DE TUBERCULOSE GANGLIONAR E MIELOMA MULTIPLO
 PO0908 - Síndrome Nefrótica, a importância de um diagnóstico diferencial
 PO0939 - Quando a febre não cede: o caso de uma Leucemia Promielocítica Aguda
 PO0943 - Causa atípica de alteração do estado de consciência
 PO0955 - Mediastinite em doente com imunodeficiência e prótese cardíaca: desafios no diagnóstico e tratamento
 PO0956 - Trombocitopenia imune: da urgência ao tratamento crónico
 PO0965 - Tiroide ou uma causa linfóide?
 PO0969 - O que a dor pode esconder: Hematoma do Psoas – Um caso clínico.
 PO0970 - Um problema de canalização!
 PO0971 - Insuficiência hepática: quando um culpado não vem só
 PO0973 - Quando o álcool é a solução
 PO0979 - Arterite de grandes vasos, um diagnóstico mascarado
 PO0982 - Meningoencefalite por Listeria monocytogenes
 PO0985 - Artrite Gotosa: uma causa de síndrome inflamatório
 PO0995 - Hepatite: afinal a causa era outra
 PO0996 - Choque séptico a Ralstonia mannitolilytica por corioamnionite no pós-parto: um caso raro
 PO1001 - Do agravamento da demência às Lesões Ocupantes de Espaço (LOE)
 PO1016 - Das retorragias à artrite séptica
 PO1019 - Malabsorção de vitamina D após cirurgia bariátrica: otimização terapêutica
 PO1024 - Tuberculose disseminada em doente idoso: um desafio diagnóstico.
 PO1047 - Comportamento sugestivo de malignidade - um caso clínico
 PO1052 - Caso Clínico: Polineuropatia Axonal Sensitiva por Deficiência de Vitamina B12 em Doente Vegano
 PO1059 - Do Acidente Vascular ao Linfoma
 PO1065 - Tuberculose Ganglionar e Mieloma Múltiplo: Um Desafio Diagnóstico e Terapêutico
 PO1069 - Pielonefrite Obstrutiva, será apenas isso?
 PO1095 - A sífilis ao longo do tempo: abordagem clínica e laboratorial
 PO1097 - Hipomagnesemia: Causa de Défices Neurológicos a não esquecer
 PO1118 - Febre de Origem Indeterminada: Quando a Doença de Still é a Resposta
 PO1119 - Derrame pericárdico - idiopático outra vez?
 PO1122 - Hemorragia intracerebral na Endocardite infecciosa: uma complicação rara e potencialmente fatal

PO1125 - RED LIPS - Apresentação comum de uma doença rara
 PO1128 - Acidentes isquêmicos transitórios lacunares de repetição ... existem?
 PO1141 - Pneumonia por *Klebsiella pneumoniae* produtora de carbapenemases: um desafio terapêutico
 PO1146 - Síndrome hemofagocítica: A tempestade inflamatória e seu impacto fatal
 PO1150 - Carcinoma seroso de alto grau – um diagnóstico desafiante
 PO1154 - Pancitopenia febril secundária a déficit de vitamina B12
 PO1159 - Um caso raro de síndrome serotoninérgica a tramadol e bupropion
 PO1162 - Um caso raro de linfadenopatias cervicais: Doença de Kikuchi Fujimoto
 PO1164 - Vasculite ANCA-MPO: Uma Causa Rara de Insuficiência Renal e Epistáxis Recorrente
 PO1168 - Síndrome de Kounis ou excesso de adrenalina?
 PO1177 - Parvovírus B19: Um Desafio Diagnóstico Além da Infância
 PO1178 - Hepatite A: uma apresentação atípica com evolução grave
 PO1179 - Policondrite Recidivante após Trauma Auricular - Um Diagnóstico a Considerar
 PO1183 - Impetigo
 PO1184 - Quando o Derrame Pleural é a Primeira Pista: Um Caso de Carcinoma Avançado de Origem Oculta
 PO1185 - DO SINTOMA COMUM...AO DIAGNÓSTICO FATAL
 PO1187 - Rabdomiólise Induzida por Esomeprazol: Uma Complicação Rara com Consequências Graves
 PO1189 - Lombalgia e febre como apresentação de endocardite
 PO1193 - Sarcoidose Além dos Pulmões: A Jornada de uma Doença Multissistêmica
 PO1205 - Endocardite: Um caso silencioso
 PO1209 - Síndrome de Sweet por síndrome gripal
 PO1215 - Nutrição Parentérica no Domicílio: um caso clínico
 PO1220 - Falência renal aguda por cisplatina: quando o tratamento se torna a ameaça
 PO1230 - Rinossinusite fúngica a *Rhizopus* sp.
 PO1235 - Apresentação atípica de meningoencefalite
 PO1253 - Hematúria microscópica no jovem: o sinal de alerta
 PO1257 - Espondilodiscite: A emboscada ao doente séptico
 PO1264 - Iatrogenias medicamentosas – um tópico a não esquecer
 PO1273 - Síndrome Mielodisplásico
 PO1275 - Poliartralgia incapacitante em jovem piloto
 PO1279 - Trombose vs. Hemorragia - Um equilíbrio ténue
 PO1280 - Um caso típico de uma doença rara
 PO1285 - Quando um AVC esconde uma endocardite infecciosa fatal
 PO1310 - Doença invasiva por *Streptococcus pyogenes*
 PO1319 - Púrpura trombocitopénica imune, anemia perniciosa e tiroidite auto-imune – que relação?
 PO1320 - Polimialgia Reumática num contexto de multimorbilidade: Um caso clínico de diagnóstico desafiador.
 PO1322 - Primo-infeção por CMV num imunocompetente
 PO1323 - Abscesso hepático multiloculado em doente imunodeprimido
 PO1326 - O dilema da iatrogenia – um caso de hemorragia no idoso
 PO1330 - Um raro caso de DILI por Ashwagandha
 PO1334 - Diversas causas de abscessos
 PO1337 - Da celulite ao encontro de pneumonia adquirida na comunidade (PAC)
 PO1351 - Uma artéria no caminho: Síndrome de May Thurner
 PO1355 - Erupção cerebral sem erupção cutânea
 PO1357 - Subiu-lhe à cabeça!
 PO1359 - Lesão Renal Aguda - Iatrogenia Medicamentosa
 PO1361 - Clínica Clássica do Mieloma Múltiplo
 PO1366 - Linfoma Não Hodgkin Folicular: Sinais de Alerta
 PO1372 - Quando a Falta de Ar Esconde um Diagnóstico Surpreendente: Um Linfoma Mediastínico de Células B.
 PO1376 - Síndrome de Sneddon-Wilkinson – Desafio na gestão diagnóstica e terapêutica.
 PO1380 - Síndrome de MacArdle: Desafio diagnóstico
 PO1381 - Além da anemia: um caso, múltiplos diagnósticos
 PO1383 - Coreia como apresentação de AVC isquémico
 PO1392 - Febre Persistente e Adenopatias: Uma apresentação incomum de febre escaro-nodular
 PO1396 - Globalização e Hemoglobinopatias – um caso de Hemoglobinopatia E
 PO1407 - Tamponamento Cardíaco como manifestação inaugural de Neoplasia Pulmonar
 PO1439 - Ferropénia resistente, gastrite latente

PO1442 - Lombalgia Febril: Quando a Dor Esconde uma Infecção Profunda
 PO1443 - Cirrose Hepática por Deficiência de Alfa-1 Antitripsina: Um Diagnóstico Raro
 PO1447 - Entre a Vasculite e a Embolia: a Aorta como peça-chave
 PO1451 - Investigação diagnóstica de um derrame pleural de grande volume
 PO1459 - You don't look for what you're not expecting
 PO1463 - Adenopatias cervicais – a propósito de 3 casos clínicos
 PO1466 - Tuberculose Disseminada no Puerpério: Um Desafio Diagnóstico
 PO1468 - Manifestação Neurológica de Epstein-Barr: Caso Clínico de Meningoencefalite
 PO1474 - Massa Hepática em doente com Mononucleose Infeciosa: Diagnóstico Acidental Hiperplasia Nodular Focal
 PO1484 - Abscesso Perineal Oculto- um caso com múltiplos focos infecciosos
 PO1488 - Trombocitose primária e secundária – Um caso clínico de sobreposição
 PO1501 - Enterocolite por Doença de Crohn ou por Campylobacter? Um diagnóstico inesperado
 PO1503 - Doença Pneumocócica Invasiva secundária a Otite Média Aguda: relato de um caso clínico
 PO1510 - Micose Fungóide, relato de um caso clínico
 PO1513 - Hipoglicémia grave numa doente não diabética, e agora?
 PO1515 - Parestesias: a importância de um exame objetivo cuidado
 PO1525 - PRES associado a Tacrolimus – a importância do diagnóstico precoce
 PO1531 - Meningite Pneumocócica em Adultos: Desafios Diagnósticos e Terapêuticos
 PO1533 - Da Hemólise ao déficit vitamínico: Desmistificando a Anemia Megaloblástica
 PO1558 - Relembrar Amiloidose AL e a importância de um diagnóstico atempado
 PO1563 - Uma apresentação atípica de um Linfoma de Hodgkin
 PO1564 - Inibidores SGLT2: uma etiologia rara de policitemia
 PO1584 - Lúpus eritematoso sistémico, uma apresentação inesperada
 PO1589 - TUMOR DE KRUKENBERG: A PONTA DO ICEBERGUE
 PO1590 - ÚLCERAS MUCOCUTÂNEAS INDUZIDAS POR METOTREXATO SEM SOBREDOSAGEM
 PO1600 - Eritema induratum de Bazin como apresentação rara de doença autoimune.
 PO1602 - Uma causa rara de insuficiência cardíaca
 PO1615 - Da prostatite aguda à lombalgia refratária: um estranho caso de espondilodiscite a E. coli
 PO1631 - Ramsey Hunt: Uma questão de nervos
 PO1632 - Diagnóstico diferencial de hepatite – a propósito de um caso clínico
 PO1639 - Quando o Coração Cresce
 PO1648 - Globo Vesical: Uma Causa Esquecida de Dor Referida
 PO1655 - Metástases Cerebrais de Primário Desconhecido: Um Desafio Diagnóstico
 PO1657 - Entre a Medula, o Cérebro e o Álcool – Além da Navalha de Ockham
 PO1658 - Da dispneia ao encontro da Endocardite Infecciosa - POCUS como ponte de ligação
 PO1661 - Tamponamento cardíaco como apresentação de Linfoma de Grandes Células B
 PO1667 - Febre de origem indeterminada – um desafio diagnóstico
 PO1674 - Derrame Pleural como Apresentação Inicial de Mieloma Múltiplo: Um Desafio Diagnóstico
 PO1678 - De uma hepatite A, surge um diagnóstico inesperado!
 PO1680 - Empiema: Nem Sempre o Dreno Dá Conta do Recado
 PO1685 - Neuropatia craniana múltipla como manifestação de evento isquémico
 PO1695 - Febre no puerpério: para além do óbvio
 PO1701 - Nem Café, Nem Repouso: A Dura Jornada da Cefaleia Pós-Punção
 PO1703 - Hidropneumotórax como apresentação de pneumonia necrotizante
 PO1710 - AVC e endocardite: o caminho silencioso da embolia séptica.
 PO1715 - COLESTASE INTRA-HEPÁTICA: UMA MANIFESTAÇÃO GRAVE DE HEPATOPATIA FALCIFORME
 PO1723 - Vertigem e um Achado Acidental: Massa Mediastínica
 PO1735 - AVC e Estenose Carotídea Bilateral: Um Alerta para o Controlo Metabólico
 PO1736 - Um caso extremo de rabdomiólise
 PO1746 - Exacerbação de colite ulcerosa pos-vacinação COVID-19
 PO1748 - Endocardite Infecciosa Subaguda – Um desafio diagnóstico
 PO1753 - Meningite a Streptococcus Pneumoniae com ponto de partida em otite média aguda complicada
 PO1756 - Hiperprolactinemia e Doença Metabólica: Um Fator de Risco Além do Óbvio
 PO1758 - És tu “Coxiella conorii” ?... A propósito de um caso de febre Q
 PO1764 - Síndrome demencial por Lúpus Eritematoso Sistémico.
 PO1770 - O segredo por trás de uma hipocaliémia
 PO1782 - A propósito de um caso clínico: será apenas um TOAST?

- PO1821 - A dieta cetogénica e o risco cardiovascular – relato de um caso
- PO1831 - A síndrome Pulmão-Rim: uma tradição nas complicações futuras
- PO1836 - Catinonas Sintéticas - O novo desafio diagnóstico
- PO1846 - IMPACTO CLÍNICO DA LEPTOSPIROSE: SÍNDROME DE WEIL COM COMPLICAÇÕES MULTIORGÂNICAS
- PO1847 - Aspergilose invasiva fulminante: a propósito de um caso clínico de imunossupressão grave
- PO1860 - O Aneurisma da Aorta Abdominal - Tradicionalmente é uma emergência médica
- PO1865 - Uma dor inespecífica - diagnóstico de um tumor neuroendócrino
- PO1873 - Quando a Terapêutica se Torna uma Ameaça!
- PO1886 - Hiponatremia persistente – Nem tudo o que parece é!
- PO1897 - Lesão Renal Aguda em Endocardite Infeciosa com ANCA Positivo
- PO1901 - Sarcoidose: um diagnóstico a não perder de vista
- PO1905 - Meningite Pneumocócica: A Importância do Diagnóstico Precoce
- PO1906 - Olmesartan e o apocalipse intestinal: um remake inesperado
- PO1907 - Melanoma metastizado de primário oculto: uma apresentação rara e desafiante de melanoma

A PROPÓSITO DA ABORDAGEM DE EXACERBAÇÃO CRÍTICA NA FIBROSE PULMONAR

Lueji Aminata Gumbe; Ana Isabel Ribeiro; Cristiana Malhó; Adriano Heemann Neto; Sónia Salgueiro

CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA / HOSPITAL DE SANTO ANDRÉ

Tema: Doenças respiratórias

A fibrose pulmonar é uma condição crónica e progressiva caracterizada pela formação de tecido cicatricial nos pulmões, o que dificulta a troca de oxigénio e leva a uma diminuição gradual da função pulmonar. As etiologias podem ser variadas, incluindo exposições ambientais, doenças autoimunes, ou ser idiopática.

Homem de 82 anos, parcialmente dependente, recorreu à urgência por agravamento da dispneia. Com comorbilidades a destacar fibrilhação auricular (FA), estenose aórtica grave, fibrose pulmonar idiopática sob pirfenidona e oxigénio de longa duração 4L/min/24h com múltiplos internamentos por intercorrências infecciosas. À sala de emergência encontrava-se polipneico com respiração de predomínio abdominal e cianose labial, à auscultação pulmonar com roncos e fervores bilaterais, sem edemas periféricos, hipertenso e febril (38.1°C), saturações periféricas a 4L/min de oxigénio (O₂) 66%, gasimetricamente com hipoxemia e lactato 1.0mmol/L, optou-se por aumentar O₂ para máscara de alto débito, realizada terapêutica inicial com diurético de ansa (1mg/Kg), broncodilatação, corticóide, antipirético e morfina, analiticamente com leucocitose e neutrofilia discretas, linfocitopenia, PCR negativa, pesquisa de vírus respiratórios, antigenúrias e SARS-CoV2 negativos, raio x tórax com opacidades em toalha bilateralmente, optou-se por realizar tomografia computadorizada de tórax para melhor caracterização admitindo pneumonia bilateral atípica de etiologia viral. Realizou desmame de O₂ gradualmente, novas análises com pequeno incremento de PCR e cumpriu pulsos de metilprednisolona durante 3 dias. Instituiu-se antibioterapia empírica com levofloxacina. Ficou internado no serviço de Pneumologia com máscara de venturi Fi O₂ 40% com redução gradual, colheu expetoração (bactérias polimórficas), micologia e hemoculturas negativas. Como intercorrência apresentou degradação respiratória com hemoptises e FA com resposta ventricular rápida, com evolução desfavorável com hipoxemia grave, tendo falecido em D7 de internamento.

Com este caso, para uma exacerbação da fibrose pulmonar sublinha a necessidade de intervenção médica imediata, pois a abordagem rápida pode melhorar o desfecho e potencialmente salvar vidas. Apesar dos esforços, as exacerbações são associadas a um prognóstico desfavorável.

PARÉSIA DO 3º NERVO INCOMPLETO

Lueji Aminata Gumbe; Ana Isabel Ribeiro; Cristiana Malhó; Adriano Heemann Neto; Sónia Salgueiro

CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA / HOSPITAL DE SANTO ANDRÉ

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A parésia do terceiro par craniano prejudica a motilidade ocular e, às vezes, a função pupilar. Os sinais e sintomas são diplopia, ptose, paresia da abdução do olho e da supravversão, como foi o caso seguinte.

Sexo masculino de 81 anos, autónomo, com fatores de risco cardiovascular controlados, recorreu à urgência por quadro de diplopia binocular, com história prévia de cefaleia periorbital esquerda tipo picada de com 4 dias de instalação. Ao exame objetivo a destacar pupilas isocóricas e isorreativas, ptose palpebral esquerda com limitação a abdução e supravversão do olho, referiu diplopia na levoversão, sem outros défices neurológicos. Analiticamente sem alterações, foi avaliado pela oftalmologia que não notou qualquer tipo de alteração a nível pupilar ou retinal. Posteriormente fez TC-cerebral sem alterações. Ficou internado no serviço de Neurologia onde realizou estudo infeccioso e auto-imunes sendo negativos, RM cerebral que mostrou sinais de leucoencefalopatia isquémica microangiopática crónica, e embora não seja um estudo dirigido à análise pares cranianos também revelou discreto hipersinal em FLAIR/T2 e espessamento do III par esquerdo, admitiu-se nevrite do III nervo, restantes exames complementares como análises para estudo de doenças cerebrovasculares sem alterações relevantes. Durante o internamento apresentou melhoria progressiva da ptose palpebral e da diplopia mantendo cefaleia em moedeira. Iniciou corticoterapia com metiprednisolona e posteriormente tendo alta com seguimento na Neuroftlamologia com corticoide em redução progressiva.

O caso apresentado, mostrou que a parésia é de etiologia inflamatória, tornando o prognóstico favorável, sobretudo sendo uma patologia diagnosticada precocemente. O acompanhamento regular é crucial para controlo da resposta ao tratamento e a recuperação neurológica. Em casos de recuperação incompleta, a reabilitação neuro-oftalmológica pode ser necessária para otimizar a funcionalidade visual.

Espondilite infecciosa – um desafio diagnóstico

Ana Margarida Morgado; Paula F. Nogueira; Joana Lopo; Ignacio Moreno; Catarina Mendonça Peixe

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALGARVE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A espondilite infecciosa / espondilodiscite é uma infecção rara que afeta as vértebras e/ou espaços intervertebrais, sob três formas clínicas: hematógena; pós-cirúrgica ou pós-traumática; por continuidade; A sua incidência anual varia de 0,5 a 2,5 casos/100.000 habitantes.

Caso clínico

Trata-se do caso de uma mulher de 72 anos, reformada, com antecedentes relevantes de epilepsia, tireoidectomia e fibromialgia, que recorre ao serviço de urgência (SU) por lombalgia e toracalgia. Realizou tomografia computadorizada (TC) lombar e foi referenciada para consulta externa de Neurocirurgia por discopatias graves e estenoses foraminais com provável compromisso das raízes nervosas. Após 5 dias com tratamento sintomático, iniciou quadro de desorientação, que motivou o regresso ao SU. Ao exame objetivo apresentava desorientação nos 3 domínios, não cumpria ordens, com dessaturação e necessidade de oxigenoterapia a 3L/min. Analiticamente com elevação marcada de parâmetros inflamatórios e hipoxémia. Realizou TC toraco-abdomino-pélvico onde se constatarem áreas de densificação parenquimatosa em vidro despolido bilateralmente. Ficou internada assumindo-se pneumonia adquirida na comunidade com insuficiência respiratória parcial. No dia seguinte, apresentou depressão do estado de consciência e rigidez da nuca, e na impossibilidade de realização de punção lombar, iniciou antibioterapia empírica para meningite. Foi transferida para a unidade de cuidados intermédios, onde devido a não evoluir como expectável, realizou ressonância magnética lombar, que revelou uma coleção epidural – empiemas e processo de osteomielite de L4. Obteve-se o resultado do rastreio séptico colhido á entrada, com hemoculturas positivas para *Staphylococcus aureus* sensível a meticilina, pelo que se assumiu como diagnóstico uma infeção estafilocócica disseminada com foco epidural lombar. Realizou antibioterapia dirigida durante 75 dias com ceftriaxone, depois flucloxacilina e por último sulfametoxazol-trimetoprim, com melhoria clínica e analítica, tendo alta para unidade de convalescença para reabilitação.

Discussão

O curso clínico desta entidade representa um desafio, pelo que é importante inclui-la no diagnóstico diferencial tanto de lombalgias como dos focos infecciosos indeterminados.

Mixedema num idoso

Ana Margarida Morgado; Paula F. Nogueira; Joana Lopo; Ignacio Moreno; Catarina Mendonça Peixe

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALGARVE

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

O hipotireoidismo é uma condição comum de deficiência hormonal da glândula tiróide, que é normalmente diagnosticada e controlada, mas potencialmente fatal em casos graves e se não for tratada. A causa mais comum é a tiroidite autoimune crónica (Hashimoto), embora existam outras causas, como as interações ou efeitos medicamentosos.

Caso clínico

Trata-se de um homem de 84 anos, com os seguintes antecedentes de relevo: fibrilhação auricular paroxística sob hipocoagulação e amiodarona, doença renal crónica, diabetes mellitus tipo 2 e síndrome apneia obstrutiva do sono. Apresentava desde há 3 meses um quadro de edemas até ao nível dos joelhos e da face, nomeadamente periorbitário, cansaço fácil para pequenos esforços e queda de cabelo. Foi medicado com furosemida sem benefício, enquanto aguardava estudo cardíaco. Recorreu ao serviço de urgência por dor torácica, e ao exame objetivo constatou-se lentificação do raciocínio, frequência cardíaca de 45bpm, obesidade, edemas periorbitários com decaimento das pálpebras e nos membros inferiores até aos joelhos com sinal de godet. Analiticamente com TSH 191 uIU/mL, T4L de 0.06 ng/dL, pro-BNP 442 pg/mL, troponina 171 pg/mL e anemia macrocítica. A radiografia de tórax sem alterações de relevo, no entanto o electrocardiograma apresentava bradicardia sinusal e prolongamento do intervalo QT, sem sinais de isquemia aguda. Assumiu-se mixedema por hipotireoidismo iatrogénico / secundário a amiodarona e ficou internado no serviço de medicina interna para estabilização e início de terapêutica com levotiroxina em dose de carga e posteriormente de manutenção. Após melhoria clínica e analítica, o doente teve alta com seguimento em consulta de medicina interna.

Discussão

Este doente demonstra que apesar de no idoso algumas patologias serem mais frequentes e prováveis, estes podem também apresentar entidades atribuídas geralmente aos mais jovens. Ainda assim, é fundamental a reavaliação contínua da necessidade de terapêutica, a desprescrição e o controlo de possíveis efeitos secundários da medicação.

SAF em doente idoso – nunca é tarde demais para o diagnóstico

Bárbara Laczkovits; Ricardo Jorge Sousa; Filipa Macieira; Luísa Veiga de Sousa; Nuno Cerejeira; Joana Alves Vaz; Teresa Medeiros

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

A síndrome antifosfolípida (SAF) caracteriza-se pela presença de anticorpos e condições clínicas com aumento do risco trombótico micro e macrovascular. É uma das causas de AVC em doentes jovens, onde o risco vascular não é tão relevante.

Caso Clínico

Homem de 86 anos, autónomo, CFS 3, mRankin 2 com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, insuficiência cardíaca NYHA II e tromboembolismo pulmonar (TEP) de risco intermédio-alto três meses antes. Seguido em consulta de Medicina Interna e medicado com apixabano. Do estudo etiológico, TAC TAP e ecografia tiroideia sem alterações e aguardava estudos endoscópicos. Recorre ao serviço de urgência por alterações da linguagem. Ao exame objetivo com afasia de predomínio motor, disartria e assimetria da mímica facial à direita, pontuando à admissão um NIHSS de 6. Do estudo, TC-CE sem lesão aguda e angioTC com patência dos grandes eixos arteriais. Sem indicação para tratamento de fase aguda pelo tempo de instalação e ausência de oclusão de grande vaso. Fez dose de carga de ácido acetilsalicílico, assumido AVC isquémico da cerebral média esquerda. Durante o internamento, sem eventos disrítmicos, manteve hipocoagulação e verificou-se melhoria dos défices. No estudo etiológico do AVC documentou-se positividade de anticorpos antifosfolípidicos (anticardiolipina IgM 97.9, anti-beta2 glicoproteína IgM 111 e anticoagulante lúpico 1.4). Assim, estabeleceu-se o diagnóstico de SAF e optou-se pelo switch para acenocumarol com tolerância. À data de alta com resolução completa dos défices.

Discussão

A SAF é normalmente pesquisada em doentes jovens com etiologia não esclarecida de fenómenos trombóticos arteriais, venosos, complicações obstétricas ou doença valvular cardíaca. Em idosos com enfarte cerebral, assumem-se como fatores mais importantes a aterosclerose ou disritmias. Considerando o número elevado de eventos trombóticos nesta população, são necessário ulteriores estudos para avaliação do impacto da SAF.

Não é mieloma, mas é múltiplo: a propósito de um caso de hipercalcémia grave

João Pedro Faria; Cláudia Coelho; Eulália Antunes; Rui Jorge Silva; Sofia Caridade; Isabel Silva

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema:

Introdução

A hipercalcémia sintomática é uma emergência médica. Entre as principais etiologias encontram-se as secundárias a neoplasias, sendo o mieloma múltiplo uma das causas mais frequentes.

Caso Clínico

Mulher, 78 anos, previamente autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial medicada com amlodipina, olmesartan e hidroclorotiazida, recorre ao Serviço de Urgência por degradação do estado geral, fraqueza generalizada e recusa alimentar com 1 mês de evolução. Prostrada e desidratada à admissão. O estudo analítico revelou anemia, creatinina de 2.2 mg/dL (basal de 0.8 mg/dL) e cálcio total de 12.7 mg/dL. Pela suspeita de mieloma múltiplo, foi realizada tomografia computadorizada toracoabdominopélvica, que revelou múltiplas adenopatias dispersas a nível mediastínico, lombo-aórtico, mesentérico, retroperitoneal, pélvico e inguinal, com exuberantes conglomerados adenopáticos. A tomografia de emissão de positrões mostrou que estes eram hipermetabólicos. Foi realizada biópsia de gânglios inguinais, que estabeleceu o diagnóstico de linfoma difuso de grandes células B. Durante o internamento, foi feita hidratação e terapêutica com zoledronato, com estabilização da calcémia e melhoria do estado geral, tendo tido alta. Contudo, devido ao estado avançado da doença aquando do diagnóstico, o desfecho foi desfavorável, tendo falecido ao fim de 1 mês.

Discussão

Apesar da ocorrência simultânea de anemia, lesão renal aguda e hipercalcémia serem atribuídas classicamente ao mieloma múltiplo, é importante considerar diagnósticos diferenciais. A hipercalcémia associada ao linfoma difuso de grandes células B é um achado incomum e pode resultar da produção ectópica de PTH-rP ou da produção excessiva de 1,25-dihidroxitamina D. Está associada a pior prognóstico e clínica mais agressiva.

Doença de Still: Um desafio diagnóstico e terapêutico

Diogo Baptista Macedo; Ana Rita Melo; Beatriz Câmara Lourenço; Ana Rita Antunes; Inês Amaral Pinto; Isabel Cruz

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A Doença de Still (DS) é uma patologia autoinflamatória sistémica rara e mais frequente em mulheres. O seu diagnóstico, baseado na exclusão de outras doenças, requer um elevado índice de suspeição e deve ser considerado nos casos de febre sem foco.

Caso Clínico

Doente do sexo feminino, 19 anos, com quadro de 6 dias de febre, cefaleia pulsátil, dor retro-ocular e odinofagia. Negava outros sintomas, contexto epidemiológico ou antecedentes de relevo. Ao exame objetivo de referir orofaringe hiperemiada. Analiticamente com anemia, trombocitopenia e Proteína C reativa elevada. Foi internada para estudo etiológico, mantendo picos febris diários sob paracetamol e naproxeno fixos e tendo desenvolvido, ao 4º dia, um rash maculopapular cor de salmão não pruriginoso que resolvia com a defervescência e poliartralgias migratórias, assimétricas e com ritmo inflamatório. Do estudo salienta-se ferritina elevada (9642 ng/ml), serologias e painel de auto-imunidade negativos, exceto ANA 1/160. Os estudos imagiológicos revelaram hepatoesplenomegalia. Foi feito o diagnóstico de DS, com base nos critérios de Yamaguchi (5 critérios major e 3 minor). Iniciada corticoterapia sem melhoria, alterado para anakinra 100mg/dia aquando da confirmação diagnóstica, com completa resolução dos sintomas. No entanto, desenvolveu reação inflamatória no local das injeções subcutâneas, sem melhoria com aplicação de anti-histamínico e corticóide tópicos. Intervalada toma da injeção para cada 36 horas, com resolução das lesões e mantendo-se em remissão.

Discussão

Neste caso o diagnóstico foi rápido dada a gravidade da apresentação. O início precoce de tratamento é fundamental para evitar o desenvolvimento de síndrome de ativação macrofágica. As mais recentes guidelines recomendam o início precoce de inibidores da interleucina 1 ou 6, sendo estes mais eficazes e seguros do que a corticoterapia. No manuseio destes fármacos é necessário saber quais os efeitos adversos associados e como os abordar.

Infeção atípica por *Salmonella*

Filipa Figueiredo; Teresa Valido; Jéssica Oliveira; Carolina Chumbo; Garcieth de Fátima; Marta Rocha; Ana Órfão

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE AMADORA/SINTRA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A *Salmonella Typhimurium* é um patógeno entérico primário, responsável por gastroenterites, forma mais comum de apresentação da *Salmonella enterica* não tifoide (SNT). Embora não seja comum, certas estirpes levam a bacteriemia em crianças e imunocomprometidos.

Apresentamos um homem de 68 anos, com antecedentes de consumo etílico marcado e cirrose hepática. Havia história recente de internamento por peritonite bacteriana espontânea (PBE), com isolamento de *Salmonella typhimurium*, tratado com ceftriaxone dirigido. Posteriormente, foi readmitido no serviço de urgência por hipoxemia, febre e elevação de parâmetros inflamatórios. Apresentava derrame pleural direito extenso, tendo sido assumido foco respiratório, com início empírico de piperacilina/tazobactam. A toracocentese revelou um exsudado, com novo isolamento de *Salmonella typhimurium*, posteriormente também isolada nas hemoculturas. Foi tratado com ciclo de antibioterapia dirigida com ceftriaxone durante 14 dias, seguido de tratamento supressivo com quinolona durante 8 semanas.

A transmissão da SNT ocorre predominantemente através de produtos alimentares contaminados. A infeção pode resultar em diarreia simples, na maioria dos casos, mas pode também evoluir para doença invasiva. O doente cirrótico é imunocomprometido devido a um fenómeno chamado disfunção imunológica associada à cirrose. A hepatite alcoólica parece agravar este estado. A PBE é a infeção bacteriana grave mais comum entre doentes com cirrose hepática, com elevada taxa de mortalidade. A PBE relacionada com *Salmonella* é bastante rara, pouco se sabendo sobre os resultados clínicos. Este caso contribui para a crescente literatura sobre o aumento de PBE causada por patógenos que não os mais comuns. Acresce ainda o facto do empiema pleural ser também uma forma rara de apresentação. A patogénese hipotetizada das infeções focais inclui bacteriemia com subsequente disseminação em doente com culturas de sangue positivas para *S. enterica*. Outras causas incluem a disseminação a partir de infeções próximas, como no baço e pâncreas.

Este caso destaca a importância de considerar *Salmonella* como uma causa rara mas relevante de complicações graves, como bacteriemia, empiema e PBE, em doentes imunodeprimidos, incluindo na cirrose hepática alcoólica.

A ameaça da prótese ao hospedeiro

Ana João F. Martins; Inês Mourato Nunes; Miguel Valente; Ricardo Ferreira; Rosa Cardiga

HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A infeção da loca cirúrgica é uma complicação da colocação de prótese total do joelho (PTJ) que se manifesta habitualmente por febre baixa e sinais inflamatórios locais. A pesquisa ativa de uma infeção protésica é obrigatória no pós-operatório precoce devido às complicações maior que podem surgir quando a infeção se dissemina, apesar da sua baixa incidência.

Caso clínico

Apresentamos o caso de um homem de 55 anos, que recorre à consulta de Ortopedia três semanas depois de colocação de PTJ, com queixas de cervicalgia mecânica. Não apresentava febre nem sinais inflamatórios no joelho operado. Dois dias depois dá entrada em hospital periférico, em choque séptico e com saída de exsudado purulento do joelho operado. Após internamento curto em Unidade de Intensivos, é transferido para a Medicina com o diagnóstico de bacteriemia a *Staphylococcus aureus* sensível à metilicina, com origem na prótese infetada. Tinha sido descartada endocardite na investigação inicial. No primeiro dia de internamento desenvolve défice neurológico motor agudo, com Tomografia Crânio-Encefálica a mostrar lesões isquémicas multifocais.

A investigação posterior mostrou a presença de endocardite da válvula mitral, espondilodiscite multifocal cervical e empiema bilateral. Após estabilização clínica, houve a necessidade de intervenções pela Ortopedia e Cirurgia Cardiorádica. O internamento na Medicina Interna durou três meses, com grande morbilidade associada. Foi pautado por decisões difíceis do foro médico e cirúrgico, nomeadamente na utilização de antibióticos pouco convencionais para fins não profiláticos, sempre com a incerteza de controlo total dos focos infecciosos. O doente teve alta ainda sem recolocação de prótese do joelho, quase totalmente recuperado dos défices neurológicos, sob antibioterapia dirigida e mantendo vigilância em consulta.

Discussão e conclusão

Com o presente caso clínico, os autores pretendem dar a conhecer um caso pouco comum, que na sua apresentação foi inicialmente subvalorizado e do qual decorreram complicações graves com afeção multissistémica e morbilidade para o doente, que necessitou da intervenção de vários especialistas sob a coordenação da Medicina Interna.

Thinking outside the box – a propósito de uma lesão óssea lítica

Sara Pereira Henriques; Inês Amaral Pinto; Ana Rita Antunes; Margarida Choupina; Márcio Tavares; Lígia Rodrigues Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

O osso é um local frequente de metastização, geralmente correlacionado com um mau prognóstico. Apesar de tipicamente associada a tumores sólidos, há cada vez mais evidência de metastização óssea secundária a neoplasias hematológicas.

Caso clínico

Mulher de 73 anos, com antecedentes de patologia osteoarticular da coluna submetida a artrodese de L3-L5 em 2012, recorreu ao serviço de urgência por lombalgia crónica agudizada refratária a múltiplos ajustes de analgesia com 2 meses de evolução. Após anamnese cuidada, referia perda ponderal significativa. À admissão, apresentava fácies de desconforto e dor à palpação das apófises espinhosas lombares. Analiticamente, com hiponatrémia ligeira [127mmol/L] e elevação da desidrogenase do lactato [296 U/L] e proteína C reativa [11.36mg/dL]. Pedida TC lombar que evidenciou uma lesão lítica centrada no corpo da peça vertebral de L4 com componente de tecidos moles paravertebral. Foi internada para estudo etiológico e controlo algico.

As ecografias tiroideia e mamária não detetaram alterações suspeitas e foi excluído mieloma múltiplo. Realizou TC CTAP que demonstrou um conglomerado adenopático retroperitoneal (89x55mm) a condicionar trombose da veia cava inferior e ureterohidronefrose bilateral. Foi submetida a biópsia guiada por TC que confirmou o diagnóstico de linfoma difuso de grandes células B. Após avaliação por Hematologia, iniciou corticoterapia sistémica e esquema de quimioterapia com R-CHOP. Em TC de controlo após 4 ciclos de tratamento apresenta resposta parcial com melhoria progressiva da dor e grau de autonomia.

Discussão

Além da anamnese detalhada ter sido essencial na suspeição de outra causa para o agravamento da lombalgia, com este caso pretende-se destacar a importância de considerar as neoplasias hematológicas no diagnóstico diferencial das lesões ósseas líticas, permitindo um diagnóstico precoce e tratamento adequado, com impacto positivo no prognóstico destes doentes.

Os desafios diagnósticos de uma doença multissistêmica: um caso de Esclerose Múltipla

Mariana Dias Maia¹; Gonçalo Mesquita¹; Eduarda Martins¹; Filipa Novo¹; Sara Moreira Pinto¹; Filipe Correia²; Rosa Lemos¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA PÓVOA DE VARZIM/VILA DO CONDE

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Esclerose múltipla (EM) é uma doença crónica inflamatória com desmielinização do sistema nervoso central, sendo a hipótese mais apoiada a de destruição imunomediada, nomeadamente por células T-helper. É mais prevalente em mulheres, com início de manifestações na vida adulta. Sabe-se que 85% dos casos são surto-remissão. Os critérios de McDonald auxiliam o diagnóstico, mas não deixa de ser um desafio, tendo em conta a heterogeneidade da patologia.

Mulher de 25 anos, sem antecedentes de relevo. Recorre ao serviço de urgência por parestesias das mãos e pés com 2 semanas de evolução, interpretados como ansiedade e sem melhoria com ansiolítico. Desenvolvimento posterior de desequilíbrio na marcha e hipoacusia direita. Ao exame neurológico apresentava nistagmo horizontal inesgotável nas versões laterais e em upbeat na supravisão, reflexos osteotendinosos vivos, hipopalestesia distal e hipostesia à picada com distribuição em meia e luva e em T6-T9 com melhoria na aproximação à linha média; marcha de base alargada, sem padrão espástico ou atáxico. O audiograma mostrou cofose à direita. Analiticamente, de relevo, contacto prévio com EBV e HSV1. No liquor encontraram-se mais de 10 bandas oligoclonais, sem correspondência no soro, com evidência de síntese intratecal de IgG. A Ressonância Magnética cerebral e medular mostrou numerosas lesões da substância branca em topografia periventricular bilateral, frontal, justacortical, cerebelosa e na espinal medula, cumprindo os critérios de McDonald para disseminação no espaço e tempo. Anticorpos MOG e AQP4 negativos, JCV positivo (título 1.25). Assumida EM na forma surto-remissão. Na fase inicial fez cinco dias de metilprednisolona 1g com melhoria sintomática e tratamento na medicina hiperbárica pela cofose à direita, com boa resposta. Dada a positividade para anticorpo JCV, foi proposta para Ocrelizumab.

Tal como descrito na literatura, levantamos a hipótese da infeção antiga por EBV ter sido o trigger para a EM, assim como a demonstração de que corticoterapia atempada permite uma mais rápida recuperação funcional destes doentes. Com este trabalho pretendemos enaltecer o papel do médico na identificação de sintomas de EM e suas formas variadas de apresentação, reforçando a importância da sua identificação precoce e orientação para terapêutica dirigida.

Quando os vasos comprometem a marcha

FABIA CERQUEIRA; Beatriz Pessoa; Ana Proença Faria; Francisca Romeiro; Valentim Rodrigues; Joana C. F. Lima; Armando Lopes Bráz

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A Granulomatose Eosinofílica com Poliangeíte (GEP) é uma vasculite necrotizante que afeta pequenos e médios vasos, frequentemente associada a asma e eosinofilia.

Caso Clínico

Homem, 62 anos, antecedentes de asma, rinite alérgica e polipose nasal. Recorre à Urgência por diminuição da força do membro inferior esquerdo e incapacidade na marcha há 4 dias. À admissão, apresentava monoparesia distal do membro inferior esquerdo associado a hiporreflexia; hipostesia e hipoalgesia. Analiticamente, leucocitose 39600 à custa de eosinofilia 25030; VS 59mm; proteína C reativa 10,8mg/dL e CK 457U/L. Realiza TC-CE sem alterações e TC-Coluna com múltiplas hérnias discais, não complicadas. Por progressão do défice neurológico, com envolvimento dos 4 membros (predomínio esquerdo), faz punção lombar que excluiu infeção do sistema nervoso central e estudo eletromiográfico a revelar lesão neurogénica multirradicular. Realiza RM-Lombar a evidenciar estenose do canal lombar, sem compressão radicular significativa e RM-CE sem alterações. Estudo autoimune (anticorpos Anti-nucleares; Anti-citoplasma neutrófilo, Anti-dsDNA, Anti-*Saccharomyces*); painel serológico (HIV; VHA; VHB; VHC; *Strongyloides spp.* e *Echinococcus spp.*) e doseamento de ECA negativos. Parasitológico das fezes; hemoculturas e uroculturas (incluindo micológico) também negativos. Assumida GEP segundo critérios do American College of Rheumatology e iniciada corticoterapia, com melhoria progressiva do défice motor e sensitivo.

Discussão

A diminuição da força muscular é um sintoma frequente, tornando a marcha diagnóstica, em casos de etiologias menos comuns, exaustiva. O envolvimento neurológico da GEP, ocorre em 75% dos casos, sob a forma de mononeurite múltipla. O seu reconhecimento precoce, permite uma intervenção atempada e a prevenção de complicações irreversíveis, melhorando o seu prognóstico.

Um caso clínico de intoxicação por Bupropion

Miguel Simões Rodrigues; Ricardo Meireles; Ana Gloria Fonseca; Maria Francisca Delerue

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

A sobredosagem de Bupropion é frequentemente associada a convulsões, taquicardia e agitação. A formulação de libertação prolongada também foi associada a convulsões de início tardio em até 24 horas após a ingestão. Status epilético, arritmias com risco de vida e choque cardiogénico foram relatados em sobredosagens acima das 9 gramas.

Homem de 21 anos, com antecedentes de síndrome depressivo e episódios prévios de intoxicação medicamentosa voluntária (IMV). Admitido no serviço de urgência (SU) 2 horas após IMV com 20 comprimidos de 150 mg de bupropion de libertação prolongada (LP), dose total de 3000 mg. À primeira avaliação hemodinamicamente estável, consciente e vigil, sem défices neurológicos focais. Eletrocardiograma (ECG) sem alterações do QTc. Posteriormente apresentou 2 episódios de crise convulsiva tónico-clónico generalizada com duração menor do que 10 segundos com recuperação do estado de consciência. Analiticamente com rabdomiólise (CK 23908) e lesão renal aguda (LRA) com creatinina de 1.3, sem alterações iónicas ou das transaminases. Realizou dose de carga de levetiracetam e ficou com 1500 mg 12/12 horas. Por se tratar de ingestão de ingestão de comprimidos de LP admitido no serviço de medicina intensiva para vigilância e suporte de órgão. Nas primeiras 24 horas de internamento mais 3 crises com necessidade de introdução de lacosamida em dose máxima e clonazepam, com posterior controlo das crises. Manteve estabilidade hemodinâmica sem alterações eletrocardiográficas. O restante internamento foi pautado por desmame progressivo de anticonvulsivos tendo alta ao quarto dia de internamento apenas com levetiracetam 1000 mg 12/12 horas e clonazepam, com plano de desmame de ambos os fármacos após avaliação por Neurologia. Analiticamente resolução da LRA e rabdomiólise e sem outras alterações analíticas a salientar. Teve alta após avaliação por Psiquiatria encaminhado para consulta onde mantém seguimento sem novos episódios de IMV.

Para concluir é de vital importância o internamento numa unidade com adequado nível de cuidados para vigilância em situações por intoxicação por este fármaco pelos efeitos nefastos que este apresenta em doses tóxicas e principalmente se se tratar de formulação de LP.

Título: Quando a síncope é alérgica: Uma jornada diagnóstica

Gonçalo Martins; Joana Cosme; Nuzhat Abdurrachid; Amélia Spínola Santos; Elisa Pedro

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças raras

Introdução

A mastócitose sistémica (MS) é uma doença rara, caracterizada pela proliferação de mastócitos e tem risco aumentado de anafilaxia. Nestes doentes, as principais causas de anafilaxia diferem da população geral, sendo mais frequentemente provocadas por picadas de himenópteros (abelhas e vespas). Este caso ilustra o desafio no diagnóstico da mastocitose sistémica e demonstra que uma anafilaxia, por vezes, pode manifestar-se apenas por síncope.

Caso clínico

Homem de 63 anos, agricultor e apicultor, com história pessoal de hipertensão arterial essencial medicada e controlada com ibersartan e hidroclorotiazida.

Foi referenciado à Consulta de Imunoalergologia (IA) em 2011 por anafilaxia após picada de abelha, caracterizada por hipotensão com perda de conhecimento imediato após a picada, sem outras queixas. Tinha história prévia de reações caracterizadas por dor e edema no local da picada (<10cm). Na Consulta de IA documentou-se sensibilização ao veneno de abelha através de testes cutâneos e determinação de IgE específicas, tendo iniciado imunoterapia com veneno (ITV) de abelha, sem intercorrências. A triptase basal na altura era normal (8,21 µg/L). Em 2015, iniciou quadro de lesões maculopapulares acastanhadas, fixas e pruriginosas na região abdominal, com sinal de Darier positivo. Repetiu análises tendo a triptase basal aumentado para 14,1 µg/L. Realizou também uma biópsia cutânea que revelou infiltração cutânea por mastócitos CD117 positivos e biópsia óssea que confirmou o diagnóstico de mastocitose sistémica. Após o diagnóstico ficou com indicação para ITV durante toda a vida e iniciou seguimento em Hematologia.

Discussão

A anafilaxia manifestada apenas por compromisso cardiovascular neste doente provavelmente estava associada à mastocitose sistémica subjacente. Nesta patologia o veneno de himenópteros é a causa mais frequente de anafilaxia. Uma vez documentada a alergia a veneno de himenópteros, estes doentes têm indicação para realizar ITV toda a vida.

Anemia hemolítica iatrogénica na Malária grave: um caso clínico

Cláudia Abreu de Jesus; Matilde Couto; Bárbara Silva; Pedro Guerreiro; Filipe Filipe; Ana Nunes; Luís Cuña

HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

O artesunato é a primeira linha tratamento para a malária grave por *P. falciparum*, atacando-o em estado intraeritrocitário e reduzindo a carga parasitária. Uma das suas complicações tardias é a anemia hemolítica.

Mulher de 18 anos, natural de Angola, em Portugal há 7 dias, inicia quadro de febre, cefaleias, tonturas e mialgias, associada a dejeções diarreicas e vômitos alimentares. À admissão apresentava-se hipotensa (68/38mmHg), taquicárdica (102bpm), obnubilada, descorada e desidratada, eupneica, com abdómen globoso e esplenomegalia até à linha umbilical. Analiticamente com trombocitopenia grave (46000/mm³), elevação dos parâmetros de hemólise (LDH 523UI/L e bilirrubina total 3.63mg/dL) e retenção azotada (ureia 54 mg/dL e creatinina 1.76 mg/dL). Atendendo ao contexto epidemiológico, identificado *Plasmodium falciparum* com parasitemia 4.5%. Cumprindo critérios de Malária grave (choque, bilirrubina > 3mg/dL e alteração do estado de consciência), foi internada na UCI onde realizou quinino, artesunato EV e arteméter+lumefrantina oral, resolvendo trombocitopenia, e tendo sido transferida para a enfermaria após 4 dias. Verificada anemia hemolítica “de novo” ao oitavo dia de internamento (Hb 7.4g/dL, LDH 1210 UI/L, bilirrubina total 2.23mg/dL e haptoglobina < 0.07g/L), colocando-se hipótese de iatrogenia por artesunato. Desta forma, iniciou prednisolona 80mg/dia, mantendo a dose até estabilização da haptoglobina, a partir do qual com desmame de 10mg/semana.

O artesunato revolucionou o tratamento da malária grave, reduzindo consequentemente a sua mortalidade. No entanto, a anemia hemolítica é uma complicação potencialmente grave. Este caso reforça a importância da vigilância clínica e laboratorial dos quadros de malária grave, bem como o ‘follow-up’ ao longo do tratamento, de modo a identificá-la precocemente, mitigando os seus efeitos deletérios.

Must be a worm on the brain - um caso clínico

Cláudia Abreu de Jesus; Matilde Couto; Bárbara Silva; Pedro Guerreiro; Filipe Filipe; Joana Milho; Luís Cuña

HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A Neurocisticercose é uma das principais causas de epilepsia adquirida em regiões endémicas, e resulta da infeção do sistema nervoso central e meninges por *Taenia solium*. O diagnóstico envolve uma correlação clínica, com exames imagiológicos e laboratoriais.

Homem de 24 anos, nepalês, residente há 18 meses em Portugal, admitido por episódio de perda de consciência com mordedura da língua e rigidez corporal transitória, sem incontinência de esfíncteres no período pós-crítico. Refere na véspera um evento semelhante com sonolência pós-crítica. À observação, sem alterações no exame neurológico. Realizada TC-CE com descrição de lesão ovalada na região occipital esquerda com 6mm, de carácter quístico com “dot sign”, colocando a hipótese de Neurocisticercose. Foi internado para estudo complementar e foram excluídas imunodeficiências adquiridas e outras alterações analíticas de relevo, realizada TAC toracoabdominopelvica excluindo lesões associadas. Foi confirmada por RMN uma “lesão intra-axial justacortical occipital com 11mm e realce periférico com edema adjacente, compatível com neurocisticercose em estado vesicular coloidal”. Foi iniciada terapêutica com levetiracetam 500mg 2id, prednisolona 70mg/dia e albendazol 1200mg/dia durante 14 dias. Teve alta com indicação para realização de EEG, e seguimento em consulta de Neurologia.

A Neurocisticercose é uma hipótese diagnóstica a considerar em quadros de epilepsia inaugurais em doentes com contexto epidemiológico sugestivo. O seu reconhecimento precoce e abordagem multidisciplinar são cruciais para um tratamento eficaz, prevenindo recorrências. Destaca-se a importância da neuroimagem e do tratamento antiparasitário adequado para a resolução da infeção.

Num Ápice – de mãos dadas com o inimigo

Pedro Felgueiras Loureiro; Filipa Santos; Bruno Daniel Carneiro; Alexandra Lopes; Margarida Freitas-Silva

CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO, EPE

Tema:

Introdução

O cancro do pulmão é uma das principais causas de mortalidade oncológica. O seguinte caso ilustra a complexidade do diagnóstico e gestão de uma neoplasia pulmonar avançada com comorbilidades.

Caso Clínico

Mulher de 67 anos, ex-fumadora (53 UMA), antecedentes de DPOC GOLD E e artrite reumatóide sob metotrexato. Internada 12 dias na medicina interna por pneumonia no lobo superior direito com derrame pleural ipsilateral com insuficiência respiratória hipoxémica, apesar dos 2 ciclos de antibiótico (ATB) realizados no último mês. Na TC-CTAP: massa hilo-mediastínica e metastização extensa. Na PET: “neoplasia maligna do pulmão direito, com metastização ganglionar extensa, pulmonar e pleural bilateral, supra-renal, hepática, pancreática, muscular e óssea.” Realizou EBUS : “lesão infiltrativa direta do brônquio lobar superior direito e principal direito.” Foi admitida na unidade de cuidados intermédios, após o procedimento, por acidemia respiratória refratária e pneumonia pós-obstrutiva com necessidade de suporte ventilatório não invasivo. Repetiu TC-Tórax: “aumento de derrame pleural com atelectasia do LID.” Realizaram toracocentese evacuadora com o resultado da anatomia patológica do líquido pleural compatível com um adenocarcinoma (PDL-1 < 50%). Transferida para pneumologia com o diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão direito estadio IV e iatrogenia às intervenções (hematoma pleural com derrame pleural maligno), onde apresentou deterioração clínica progressiva. Decidido em reunião de grupo privilegiar medidas de conforto com colaboração dos cuidados paliativos. A doente faleceu a 26/10. Post-mortem, com a seguinte mutação na caracterização molecular: gene NRAS, exão 3, mutação c.181C>A p.(Gln61Lys) e fração alélica de 11%.

Discussão

Apesar do seguimento regular de nódulo pulmonar à esquerda em pneumologia, é diagnosticada neoplasia pulmonar direita estadio IV e a doente acaba por falecer um mês após admissão, apesar de abordagem diagnóstica célere. A evolução rápida da doença e as complicações iatrogénicas reforçam a necessidade de abordagem multidisciplinar e a integração de cuidados paliativos precoce. Este caso destaca a necessidade de uma abordagem holística em oncologia, focada não apenas na doença, mas também no bem-estar do paciente.

Hipocaliémia de longa data: um verdadeiro desafio diagnóstico

**Beatriz Gamito Gonzaga¹; Inês Gaspar¹; José Miguel Santos¹; Catarina Pação²;
Jorge Gama Prazeres¹**

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A hipocaliémia persistente ou refratária, especialmente com história familiar, representa um desafio diagnóstico. A investigação exige a exclusão de causas genéticas, distúrbios tubulares renais e desequilíbrios hormonais, sendo essencial um diagnóstico preciso para uma abordagem adequada.

Caso clínico

Doente do sexo feminino, 62 anos com antecedentes de hipertensão arterial desde os 30 anos, dislipidemia, hipotireoidismo e perturbação depressiva. Com história familiar de hipocaliémia inexplicada e eventos cardiovasculares precoces. Referenciada à consulta de Medicina Interna por hipocaliémia crónica (2,8-3,4 mmol/L), espasmos e parestesias. Negava vômitos, diuréticos ou toxicofilias. Admitida para correcção endovenosa de alterações iónicas e estudo etiológico. Dos exames complementares destaca-se hipocaliémia (K⁺ 2,5 mmol/L) e alcalose metabólica (pH 7,467; HCO₃ 30,1), sem alterações do eixo renina-angiotensina-aldosterona e TC de corpo com adenoma da supra-renal.

Durante o internamento observou-se resposta parcial à reposição endovenosa de potássio (aumento de 2,6 para 3,0 mmol/L – valor habitual em avaliações laboratoriais pregressas). Tem alta medicada com espironolactona e reposição oral de potássio, tendo atingido rapidamente os alvos terapêuticos, sem necessidade de continuação de terapêutica marcial. Excluídas tubulopatias expoliadoras de potássio, por hipótese diagnóstica de Síndrome de Liddle.

Discussão

Este caso ilustra a complexidade diagnóstica na Medicina Interna, destacando a importância da investigação etiológica e do diagnóstico diferencial adequado

Hepatite Aguda Induzida por Metamizol

Daniel Rodrigues; Elsa Gonçalves; Márcia Ribeiro; Dany Cruz; Flavia Freitas; Gabriela Paulo; Beatriz Rosa; Carolina Oliveira; Laura Caine

HOSPITAL SANTA MARIA MAIOR DE BARCELOS

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Introdução

A hepatite induzida por fármacos é uma causa relevante de disfunção hepática, frequentemente subdiagnosticada devido à variabilidade clínica e à multiplicidade de agentes envolvidos. O Metamizol, um analgésico amplamente utilizado, raramente está associado a hepatotoxicidade grave. Este caso destaca um quadro de hepatite aguda secundária ao uso prolongado de Metamizol, com repercussão clínica significativa.

Caso Clínico

Mulher de 77 anos, autónoma nas atividades de vida diárias, com antecedentes de hipertensão arterial, hipotireoidismo pós-tireoidectomia e osteoartrose, admitida por anorexia, náuseas, vômitos e perda ponderal de 5 kg em cinco semanas. Negava episódios de febre. Ao exame objetivo, orientada, com dor abdominal no hipocôndrio direito, sem icterícia.

Os exames laboratoriais revelaram elevação das transaminases (AST 191 U/L, ALT 403 U/L), com função hepática preservada (bilirrubinas normais, INR 1.2, albumina 2.9 g/dL). O estudo etiológico excluiu hepatites virais, doenças autoimunes, causas vasculares, neoplásicas e metabólicas. A tomografia computadorizada (TC) abdominal revelou hepatomegalia, edema periportal e ascite discreta.

Durante o internamento, identificou-se o uso continuado de Metamizol por mais de cinco semanas para dor lombar, associado a medicação homeopática. Perante a exclusão de outras causas, assumiu-se hepatite tóxica por Metamizol. A doente foi tratada com medidas de suporte e suspensão do agente envolvido, com evolução favorável e alta ao 14.º dia.

Discussão

A hepatite induzida por Metamizol é rara, podendo manifestar-se como uma hepatite citolítica grave. O diagnóstico exige elevada suspeição clínica e exclusão de outras causas. A deteção precoce e a suspensão do fármaco são cruciais para evitar a progressão para insuficiência hepática. Este caso reforça a importância da vigilância no uso prolongado de Metamizol e da consideração de hepatotoxicidade como diagnóstico diferencial em hepatites de causa desconhecida.

Da febre sem foco ao Linfoma de Hodgkin

Daniel Rodrigues; Elsa Gonçalves; Daniel Martins; António Rodrigues Pereira; Catarina Silva; Flávia Ramos; Beatriz Rosa; Carolina Oliveira; Laura Caine

HOSPITAL SANTA MARIA MAIOR DE BARCELOS

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

O Linfoma de Hodgkin é uma neoplasia hematológica rara, frequentemente associada a febre persistente, sudorese noturna e perda ponderal. O diagnóstico pode ser desafiador, especialmente quando a febre é a manifestação predominante. Este caso destaca a importância da suspeição clínica e da abordagem multidisciplinar para um diagnóstico precoce.

Caso clínico

Homem, de 28 anos de idade, técnico de informática, sem antecedentes patológicos conhecidos. Recorreu ao serviço de urgência por febre persistente e mialgias, há cerca de 6 semanas. Apresentava 1 episódio de febre vespertina diário. Ao exame físico, apresentava adenopatias palpáveis nas cadeias cervicais anteriores bilateralmente e supraclavicular esquerda. Analiticamente, neutrofilia relativa, anemia com características de doença inflamatória, elevação de parâmetros de fase aguda (VS e PCR), serologias hepatovírus e VIH negativas, rastreio de sífilis negativo.

Realizou TC toracoabdominopélvica evidenciou múltiplas adenopatias cervicais, supraclaviculares e mediastínicas (incluindo conglomerado pré-vascular de 2,8 cm).

Foi internado para continuidade do estudo etiológico. Apresentou serologias EBV, Toxoplasma e CMV negativas, hemoculturas negativas e quantiferão-TB negativo. Realizou biópsia excisional de adenopatia supraclavicular esquerda, cujo exame anatomopatológico revelou Linfoma de Hodgkin clássico, tipo esclerose nodular. Após articulação com a especialidade de Hemato-Oncologia do hospital de referência, o doente teve alta do internamento, efetuando-se uma consulta em período intermédio, prévia à primeira consulta de Hemato-Oncologia, para reavaliação de sintomas e de estratégia de tratamento sintomático.

Discussão

Este caso realça a necessidade de uma abordagem sistemática perante febre persistente sem foco identificado, incluindo exames de imagem e histopatologia. O diagnóstico precoce e a referência atempada são essenciais para otimizar o prognóstico e iniciar o tratamento adequado.

Listeriose invasiva

Rita Menezes Azevedo; Ana Sofia Silva; Sara Henriques; Ana Rita Antunes; Guilherme Jesus; Juliana Silva; Pedro Oliveira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Listeria monocytogenes é uma bactéria Gram positiva responsável por quadros de gastroenterite autolimitada em imunocompetentes. Em imunodeprimidos e nos extremos de idade (recém-nascidos e >65 anos) pode provocar doença invasiva, com bacteriemia e infeção do SNC, entidades raras cuja identificação e tratamento precoces são vitais para bom prognóstico.

Homem, 74 anos, autónomo e cognitivamente íntegro; antecedentes de dislipidemia, adenocarcinoma gástrico submetido a gastrectomia total e quimioterapia há 8 anos e doença vascular periférica. Recorreu ao Serviço de Urgência a 08/11/2024 por cefaleia frontal intensa, fotofobia e mal-estar geral, tendo tido alta com tratamento sintomático. Regressou a 09/11 com febre e prostração; colheu hemoculturas e teve alta para consulta de reavaliação precoce. A 10/11, verificada positividade nas hemoculturas para *Listeria monocytogenes*, pelo que o doente foi contactado para regressar ao hospital. Realizou punção lombar, com pleocitose e predomínio de células mononucleares e PCR positivo para *Listeria monocytogenes*. TC-CE sem lesões. Foi admitido na Unidade Intermédia Médica, iniciou antibioterapia com ampicilina e gentamicina. Manteve-se clinicamente estável, sem alteração do estado de consciência, crises convulsivas ou disfunções de órgão, tendo sido transferido para enfermaria de Medicina Interna. Cumpriu 11 dias de ampicilina e 10 dias de gentamicina. Realizou hemoculturas após 5 dias de antibioterapia, negativas. Realizou também ecocardiograma, sem sinais de endocardite; RM-CE, com lesões isquémicas antigas mas sem lesões agudas; e RM-abdominal, sem evidência de recidiva de adenocarcinoma. Posteriormente transferido para a Unidade de Hospitalização Domiciliária, fez switch para cotrimoxazol cumprindo 4 semanas de antibiótico, sem intercorrências.

A listeriose invasiva é rara com alta taxa de mortalidade se não iniciado tratamento precoce, pelo que um diagnóstico atempado com colheita de hemoculturas, punção lombar e imagem cranioencefálica são essenciais para a correto diagnóstico e tratamento. Neste caso, chama à atenção um doente que, apesar da idade, era imunocompetente. Pela sua raridade, não é uma hipótese diagnóstica colocada em primeira instância, tendo sido necessárias várias vindas ao SU até o diagnóstico final ser estabelecido.

Uma causa incomum de Síndrome de Horner

Daniel Rodrigues; Elsa Gonçalves; Márcia Ribeiro; Catarina Silva; Flávia Ramos; Dany Cruz; Flávia Freitas; Gabriela Paulo; Beatriz Rosa; Carolina Oliveira; Laura Caine

HOSPITAL SANTA MARIA MAIOR DE BARCELOS

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

A síndrome de Horner é caracterizada por ptose palpebral, miose e anidrose, resultando da interrupção da via simpática cervical. O diagnóstico requer uma investigação detalhada para identificar a causa subjacente, que pode variar de lesões benignas a condições potencialmente graves. Este caso destaca a complexidade do diagnóstico e a necessidade de uma abordagem multidisciplinar.

Caso Clínico

Doente do sexo feminino, 64 anos, autónoma nas atividades de vida diária, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes tipo 2 e dislipidemia. Recorreu ao serviço de urgência por ptose palpebral esquerda há 7 dias. Negava cefaleia, diplopia ou diminuição da acuidade visual, défices motores, alterações da sensibilidade, febre ou outros sintomas.

Ao exame físico, apresentava ptose palpebral esquerda e anisocoria. A prova com apraclonidina reverteu a ptose e a anisocoria, confirmando o diagnóstico de síndrome de Horner.

O estudo laboratorial e os exames de imagem, incluindo angio-TC crânio-cervical, ecografia do pescoço e TC toracoabdominopélvica, excluíram causas neoplásicas, infecciosas, vasculares ou isquémicas. A ressonância magnética cervical revelou degenerescência unco-disco-vertebral C5-C6, com protrusão disco-osteofitária central, obstruindo o espaço subaracnoideu anterior e moldando o cordão medular, sugestiva de mielopatia espondilótica cervical.

Efetuada articulação com Neurocirurgia do hospital de referência, a doente foi submetida a laminectomia cervical e mantém acompanhamento por essa especialidade.

Discussão

Este caso sublinha a importância de uma abordagem diagnóstica abrangente na síndrome de Horner. A investigação permitiu excluir causas graves, apontando a patologia degenerativa cervical como a etiologia provável. O reconhecimento precoce e a referência para neurocirurgia foram essenciais para a definição da estratégia terapêutica e acompanhamento da doente.

AVC cardioembolico- em busca do trombo

Flávia Fundora Ramos; Catarina Pinto Silva; Beatriz Rosa; Daniel Santos Rodrigues; Laura Caine

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BARCELOS/ESPOSENDE

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

Uma das etiologias de Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a cardioembolica em contexto de fibrilação auricular ou doença arterial coronária (DAC), pelo risco associado de formação de coágulos. Na DAC a probabilidade de formação de trombo é maior após Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) com supra ST anterior, sendo que as técnicas de reperfusão precoce têm vindo a diminuir o risco, pela consequente redução da área de enfarte.

Caso Clínico

Homem de 90 anos, autónomo, cognitivamente íntegro, trazido à urgência após ser encontrado à tarde sonolento, difícil de despertar, mas sem evidentes défices motores ou alterações formais da linguagem. Nesse dia de manhã terá referido dor precordial opressiva, que surgiu em repouso, com irradiação para o braço esquerdo, com melhoria após cerca de 30 minutos; já teria apresentado dor semelhante dois dias antes. Ao exame objetivo, discreta pronação da mão direita, sem outras alterações. Realizou eletrocardiograma que revelou ritmo sinusal, com cicatriz de enfarte anterior com supra de ST residual e inversão da onda T de V1 a V6 e angio-tomografia computadorizada crânio encefálica que revelou pequena hipodensidade na coroa radiada esquerda, sugerindo lesão isquémica lacunar recente. Realizada ecoscopia: com acinesia do ápex e segmentos distais de todas as paredes, hipocinesia medio basal do septo interventricular anterior e parede anterior, depressão moderada a severa da função sistólica do ventrículo esquerdo. Assumido enfarte anterior evoluído, para tratamento médico otimizado com dupla antiagregação plaquetária e estatina de alta intensidade. Pela suspeita de eventual trombo intracardíaco, pediu-se *a posteriori* ecocardiograma contrastado (exame não disponível no nosso hospital) que apontou presença de extenso trombo mural apical. Este achado levou à mudança da estratégia terapêutica: antiagregação simples e hipocoagulação com varfarina.

Discussão

Face à linha cronológica dos acontecimentos, foi importante manter-se a suspeita clínica de evento cardioembolico, mesmo com ecocardiograma inicial a não revelar trombo intracardíaco, realizando-se exame mais específicos para exclusão de trombo apical, como o ecocardiograma ou ressonância magnética cardíaca contrastados. Após 3 meses de hipocoagulação, o doente deverá repetir exame para avaliar evolução.

Sarcoidose: um relato de caso interessante

Catarina Lourenço Rodrigues; Ana Carolina Oliveira; Céu Evangelista; João Corrêa

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA COVA DA BEIRA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistémica, pautada pela acumulação de granulomas não necrotizantes com fibrose subsequente.

Relato o caso de uma mulher de 37 anos, que se dirige ao Serviço de Urgência por quadro de cansaço generalizado, sudorese noturna e duas adenopatias cervicais esquerdas, aliado à existência de trombocitopenia em controlo analítico, a cumprir esquema de antibioterapia por estas queixas. Apresentava-se subfebril e ao exame objetivo apenas havia a destacar a existência de duas adenopatias submaxilares, de consistência duro-elástica, móveis e indolores, bem como de petéquias dispersas pelos membros inferiores. Realizou ecografia abdominal, que relevou hepatosplenomegalia ligeira, associada à presença de lesões nodulares sólidas esplénicas. Foi feita toma única de corticoterapia. Já em internamento, efetuou tomografia computadorizada toracoabdominopélvica, que mostrou múltiplos nódulos pulmonares irregulares. Analiticamente, destacava-se o aumento da enzima de conversão da angiotensina, da fosfatase alcalina (isoenzimas hepáticas) e um défice de vitamina D, além da trombocitopenia. Realizou-se biópsia de uma das adenopatias cervicais, cuja análise anatomo-patológica identificou apenas parênquima de glândula salivar. Foram excluídas etiologias infecciosas, como a tuberculose. Efetuou-se biópsia transtorácica de nódulo pulmonar, que, após análise, se revelou sugestivo de doença granulomatosa não necrotizante. Em consulta de seguimento, por aumento do perfil citocolestático já prolongado no tempo apostou-se, igualmente, na realização de biópsia hepática, que demonstrou afetação do fígado pela sarcoidose.

Com este caso clínico pretendo dar a conhecer que, apesar do envolvimento multissistémico, a doente se apresenta, atualmente, com doença pouco expressiva, nomeadamente pulmonar, medicada apenas com ácido ursodesoxicólico, sem nunca ter necessitado de corticoterapia prolongada.

Quando não vemos os sinais..

Sandra Sepúlveda; Monica Spencer Pereira; Ana Carina Baldino; Daria Bem; Catarina Serafim; Pedro Costa

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A Endocardite Bacteriana Aguda geralmente tem início abrupto e progride rapidamente. Os sintomas mais frequentes são febre, sudorese, fadiga, mal-estar geral, petéquias, anemia, fenômenos embólicos e vegetações. O diagnóstico é feito com hemocultura positiva e com realização de ecocardiograma. O tratamento deve ser precoce e com antibioticoterapia prolongada.

Caso Clínico

Mulher de 58 anos, autónoma, antecedentes de hipotireoidismo, depressão, status pos Bypass gástrico com anemia crónica.

Com múltiplas vindas ao serviço de urgência (SU) com queixas inespecíficas, mal-estar geral, dor osteoarticular, cansaço e edema da face e membros inferiores.

Análises à destacar anemia hemoglobina 5,3g/dl; proteína c reactiva 16.30 mg/dl e alterações da função renal creatinina 2.26mg/dl e ureia 96 mg/dl.

TC mostra aumento global das cavidades cardíacas com aumento do índice cardio-torácico, derrame pericárdico, opacificação da veia cava inferior e das veias hepáticas, hepatoesplenomegalia, aspecto em vidro despolido do parênquima pulmonar no lobo superior do pulmão direito com cavitação.

Início antibioterapia empírica com piperazilina tazobactam.

Durante o internamento desenvolveu quadro de petéquias dispersas nos membros inferiores e febre de difícil controlo.

Realizou broncofibroscopia tendo sido realizado lavado bronco-alveolar, sem detecção de BAAR. Pesquisa Ag.Pneumocystis jiroveci no LBA positivo. Inicia cotrimoxazol.

Serologias Negativas, estudo autoimune negativo, hemocultura com Enterococcus faecalis e urocultura com Klebsiella oxytoca.

Ecocardiograma revelou endocardite infecciosa da válvulas tricúspide e mitral, iniciou antibioterapia dupla dirigida com Ampicilina + Ceftriaxona ajustada à função renal.

Após de início de antibioterapia a nossa doente com evolução favorável com melhoria da função renal e dos parâmetros inflamatórios com hemoculturas de controlo negativas.

Conclusão

O diagnóstico da endocardite é baseado em critérios principais (maiores) e critérios secundários (menores), que também são conhecidos como critérios de Duke modificados sendo necessários dois critérios maiores ou 1 critério maior + 2 menores ou 5 critérios menores.

É importante realizar um diagnóstico precoce para obter um resultado favorável.

Agranulocitose Secundária ao Metamizol

Marta Amaro; Mariana Alves; Baltazar Oliveira; Nataliya Nedzelska

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA GRAÇA

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

O metamizol é um medicamento autorizado nalguns países da Europa para o tratamento da dor e febre. A sua utilização pode causar uma reação adversa - a agranulocitose – que, apesar rara, é muito grave e potencialmente fatal. A ocorrência de casos na europa justifica a constante actualização de notas informativas da agência europeia do medicamentos (EMA), tendo sido retirado nalguns nalguns países por motivos de segurança.

Caso Clínico

Homem de 65 anos, autónomo, antecedentes de hipertensão arterial, e patologia osteoarticular, hipotiroidismo, medicado com candesartan, hidroclorotiazida e levotiroxina recorreu ao serviço de urgência por vômitos, dor abdominal e mau estar generalizado, foi objetivado quadro compatível com choque séptico com disfunção multiorgânica. Após estabilização, foi transferido para o serviço de Medicina Interna, mantendo neutropenia grave, febre persistente e insuficiência respiratória. Realizado o estudo de neutropenia, sem isolamento de agente,, IGRA negativo e serologias negativas. Iniciou doxiciclina empiricamente por suspeita de zoonose, sem melhoria clinica. Após se apurar a realização de metamizol diário durante um mês após realização de cirurgia ao joelho e tendo em conta progressão do quadro, foi escalada antibioterapia, iniciou antifúngico sistémico empirico, e filgastrim, com recuperação franca da contagem de neutrófilos ao fim de 3 dias. Desde então com melhoria clinica do quadro séptico, tendo tido alta para o domicilio, com recomendação para evicção da toma de metamizol.

Conclusão

Este caso mostra um caso provável de iatrogenia medicamentosa associada ao metamizol, um analgésico de prescrição comum, alertando para a importância da prescrição cautelosa, tendo em conta as recomendações da EMA e Infarmed, destacando a importância de ponderar sempre o risco/benefício aquando da prescrição.

Rinossinusite crónica - infeção ou linfoma?

Cristiana Malhó

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE LEIRIA

Tema: Doenças hematológicas

O linfoma extranodal células T/ natural killer (NK) é uma neoplasia maligna agressiva, sendo que na sua maioria têm origem nas células NK. É mais comum desenvolver-se no nariz (80%) e no trato respiratório e digestivo superior. Este caso clínico representa um Linfoma de Células T/NK nasal e alertar para a necessidade de incluir este diagnóstico nos diagnósticos diferenciais de doente com quadros prolongados de sinusite associado a sintomas B.

Homem, 59 anos, recorreu múltiplas vezes ao serviço de urgência, sendo diagnosticado com quadro de rinossinusite crónica e medicado de acordo. Após várias observações e atendendo a quadro crónico, foi proposto para cirurgia.

Realizada cirurgia em outubro/24, sendo a mesma complicada de abscesso periorbitário, sendo submetido a etmoidectomia anterior e posterior, esfenoidotomia, repermeabilização do recesso frontal e remoção parcial da lâmina papirácea com drenagem de abscesso subperiósteo de (CENS) de urgência, tendo alta após reavaliação por tomografia computadorizada (TC) dos seios perinasais (SPN) que mostravam melhoria dos sinais inflamatórios. Medicado com antibioterapia empiricamente, com melhoria, até que apresenta novo agravamento do seu estado. Realizada nova TC SPN que descrevia massa tecidular de partes moles intra-orbitaria no olho esquerdo em continuidade com a celulite pré-septal esquerda e com a opacificação etmoidal esquerda, confirmada por ressonância magnética.

Realizada endoscopia nasal: seio frontal não permeável com tecido esbranquiçado que não se conseguia, colocada a hipótese diagnóstica de sinusite frontal, com isolamento de uma *Pseudomonas aeruginosa*, acabando o doente por cumprir um curso de antibioterapia prolongada. Apesar destas medidas, ao 30º dia de internamento, o doente sendo submetido a um novo CENS, com biópsia do material removido, sendo que este apresentou aspetos morfológicos compatíveis com um Linfoma de células NK/T nasal, na fossa nasal esquerda e estruturas envolventes, associado a infeção por EBV, com invasão do sistema nervoso central, mas sem infiltração medular. O doente foi transferido para um centro de referência, e iniciou tratamento de 1ª linha com protocolo SMILE (etoposido, ifosfamida, metotrexato e dexametasona e peg-asparaginase).

Alterações do sistema nervoso central: mielite ou linfoma?

Cristiana Malhó¹; Cláudia Viana²; Susana Carvalho³

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE LEIRIA

² HOSPITAL DIVINO ESPÍRITO SANTO

³ INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA LISBOA

Tema: Doenças hematológicas

A sintomatologia neurológica pode ter várias etiologias, das mais comuns doenças neurodegenerativas, infecciosas ou autoimunes. Por vezes a causa pode ser neoplásica, nomeadamente se houver infiltração do sistema nervoso central.

Mulher, 52 anos, com quadro de início súbito de sensação de contração muscular dolorosa da região dorsal direita, com irradiação para a região sagrada bilateralmente e membros inferiores. A doente iniciou diminuição da sensibilidade termoálgica nos pés, com progressão ascendente ao longo dos membros inferiores, até à região supra-umbilical.

Ao Exame neurológico sumário, a destacar: hipoestesia termoálgica até D7 à direita e até D12 à esquerda. Alguns erros na sensibilidade postural a nível dos membros inferiores.

Analiticamente sem alterações de relevo. Em ressonância magnética (RM) crânio e medular: “«lesão centrada à vertente direita do quiasma ótico, com ávido realce (homogéneo) após contraste; múltiplas pequenas áreas focais de hipersinal TR longo a interessar a vertente póstero-lateral direita da protuberância e os pedúnculos cerebelosos médios bilateralmente (à direita com envolvimento da origem do nervo trigémeo).” Feita punção lombar, mostrando pleocitose linfocítica ligeira (26 /µL)

Diagnosticada com Mielite longitudinalmente e iniciado corticoide sistémico e plasmaferese com melhoria.

Posteriormente excluídas causas inflamatórias, autoimunes ou infecciosas.

Efetuada estudo com Tomografia emissora de positrões: suspeita metabólica de malignidade em lesões pulmonares bilaterais e em lesão hepática única. Hipermetabolismo intenso no canal medular em provável relação com quadro conhecido de mielite. Realizada biópsia excisional de um dos nódulos pulmonares por toracoscopia com identificação de linfoma B difuso de grandes células estadio IV-B sistémico com envolvimento do sistema nervoso central.

Iniciado tratamento de poliquimioterapia segundo o protocolo MARIETTA.

Melhoria das queixas álgicas e melhoria motora após fisioterapia.

SÍNDROME MALIGNO DOS NEUROLÉPTICOS: SERÁ SEMPRE UM DIAGNÓSTICO DE EXCLUSÃO?

Raquel Maria Das Neves Flores; Mariana Marques Antunes; Ana Abade; José Chapelas; Graça Lérias; Isabel Madruga

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LISBOA OCIDENTAL

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução

A síndrome maligna dos neurolépticos (SMN) é uma condição rara, potencialmente fatal, associada ao uso de antipsicóticos. Caracteriza-se pela presença de hipertermia, rigidez muscular, alterações de consciência e disfunção autonómica (hipertensão arterial - HTA). O diagnóstico diferencial com infeção do sistema nervoso central (SNC), distúrbios metabólicos, síndrome serotoninérgica ou hipertermia maligna devem ser considerados. Apresentamos um caso clínico que, pela sua heterogeneidade, constituiu um desafio à marcha diagnóstica.

Caso Clínico

Mulher de 67 anos de idade, com história de psicose afetiva; perturbação obsessiva-compulsiva, que foi encaminhada ao Serviço de Urgência por prostração e febre. Apresentava alteração de comportamento (agitação) com um mês de evolução, com necessidade de ajustes subsequentes de terapêutica antipsicótica. Dos exames complementares realizados, destacavam-se: CK 755U/L, Sódio 146mmol/L, benzodiazepina > 1000ng/ml e Urina II patológica, pelo que iniciou antibióterápia empírica (AB) e fluidoterapia, sendo transferida ao 4º dia. Por prostração, taquicardia sinusal, sudorese profusa, HTA, febre, rigidez da nuca e mioclonias, realizou TC crânio-encefálica e Eletroencefalograma sem alterações agudas, e punção lombar (traumática) com líquido com eritrócitos, 42 células polimorfonucleares, glicose 97mg/dl e proteínas 132mg/dl, sem isolamento de agente, tendo cumprido AB com ceftriaxone, ampicilina e aciclovir durante 20 dias. Apesar da resposta clínica inicial, manteve prostração e recrudescência da febre ao 6º dia. O caso foi discutido com a psiquiatria e a neurologia e, não obstante a possível existência de infeção do SNC, a inexistência de agente identificável e a persistência do quadro após AB levou à assunção de provável SMN, iniciando amantadina, com melhoria progressiva e recuperação do estado basal. Apresentou evolução desfavorável com óbito ao 40º dia em contexto de Dissecção da Aorta secundário a aneurisma.

Discussão

Não podendo excluir que a patologia infecciosa possa ter contribuído para o agravamento e manifestação da SMN, o caso ilustra a relevância de uma abordagem diagnóstica multidisciplinar exaustiva. Apesar de, na sua maioria, ser considerado um diagnóstico de exclusão, a suspeita não deve limitar a prova terapêutica.

Metastização Cerebral em Neoplasia Rara

Alexandra Rodrigues; Dina Santos; Cátia Martins; Ana Patrícia Nunes; Mónica Jardim; Joana Queirós; Rita Almeida; João Gouveia; Teresa Faria

SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL, SESARAM, EPERAM

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

As metástases cerebrais (MC) ocorrem em 10 a 30% das neoplasias malignas. São mais frequentes no carcinoma do pulmão, mama, rim, colorretal e melanoma. As manifestações clínicas incluem cefaleias, alterações neurológicas focais, disfunção cognitiva, convulsões e acidente vascular cerebral (AVC). Em mais de 80% dos doentes, as MC desenvolvem-se após o diagnóstico do tumor primário.

Caso clínico e discussão

Utente de 75 anos, sexo feminino, autónoma nas atividades da vida diária. Antecedentes pessoais de fibrilhação auricular, hipotireoidismo e enterectomia segmentar em 2023 por perfuração ileal. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por 1ª crise convulsiva. À chegada do SU observada doente com escala de glasgow de 3; TA: 128/83 mmHg; FC: 128 bpm; hemiplegia direita e reflexo cutâneo-plantar ausente à direita. Fez levetiracetam com melhoria do estado de consciência. Por suspeita de AVC, realizou angioTC-CE, que revelou áreas de hipodensidade em ambos os hemisférios cerebrais com componente de edema vasogénico, sem trombo intraluminal ou hemorragia. Permaneceu na Sala de Observações, onde objetivou-se resolução das alterações neurológicas. Doente ficou internada no Serviço de Medicina Interna para estudo de lesões ocupantes de espaço. Cerca de 1 mês antes da ida ao SU, doente submetida a enterectomia segmentar por perfuração de ansa do delgado. Durante o internamento apresentou delírio persecutório e posteriormente hemiparesia esquerda com evolução para hemiplegia esquerda e desvio do olhar preferencialmente para a esquerda. A RM-CE com contraste endovenoso mostrou múltiplas MC supra e infratentorial, com efeito de massa, e em C2 com envolvimento da medula cervical. Realizou TC-TAP com contraste sem alterações suspeitas de neoplasia. A avaliação histopatológica da peça operatória revelou sarcoma, assumindo-se metastização cerebral deste tumor. Biópsia de MC não realizada devido ao status da doente.

Conclusão

Este caso ilustra a importância de uma anamnese detalhada para o diagnóstico e orientação dos doentes. Neste caso em particular destacam-se os antecedentes de perfuração do intestino delgado de etiologia não esclarecida, tendo-se colocado como primeira hipótese a neoplasia primária do intestino. O resultado da anatomia patológica corroborou a elevada agressividade do tumor.

Descompensação da diabetes: a red flag sistêmica

Catarina Morete Cabrita; Nuno Amorim; Ricardo Veloso; Ana Simas; Joana Bernardino Cardoso; Catarina Medeiros; Ana Silveira; Fátima Pinto

HOSPITAL DISTRITAL DA HORTA

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

Abordar a diabetes descompensada contempla procurar as suas causas, por vezes, silenciosas. Em doentes internados, é importante valorizar estas descompensações como possíveis alertas para quadros graves e complexos como infeções ou neoplasias.

Caso Clínico

Homem de 49 anos, internado por descontrolo glicémico ($>600\text{mg/dL}$). De antecedentes a destacar diabetes mellitus tipo 2 insulinotratada, cirrose hepática alcoólica, anemia hemolítica e artrodese tibio-társica direita. Internamento com destaque para a dificuldade na gestão da insulinoterapia com necessidades de administração de até 100unidades/dia.

Por história de retorrugas e perda de peso ponderal, realizou estudo etológico do qual se diagnosticou neoplasia do cólon e evidenciou derrame pleural direito, organizado. Ressalva-se parâmetros inflamatórios pouco elevados, mas por ausência de foco infeccioso evidente e apirexia mantida, optou-se por vigilância.

Ao 10º dia de internamento, com sinais inflamatórios localizados no tornozelo direito, incapacitante para a marcha (local de artrodese prévia), iniciou antibioterapia empírica. Sem melhoria clínica, foi orientado para remoção do material de osteossíntese. Realizado estudo microbiológico deste material com isolamento de *Enterococcus faecalis*.

Realizou ainda toracocentese diagnóstica que confirmou empiema com isolamento do mesmo agente bacteriano.

Iniciou ampicilina dirigida, colocando-se hipótese de disseminação hematogénea com ponto de partida neoplásico. Hemoculturas negativas (sob antibioterapia) e ecocardiograma transtorácico sem evidência de vegetações valvulares. Encaminhado para abordagem cirúrgica do empiema e tratamento do tumor. Após resolução infecciosa e gestão da neoplasia houve normalização das glicemias, com redução de doses insulínicas, estando o doente, à data de hoje, medicado apenas com antidiabéticos orais.

Conclusão

Trata-se de um caso complexo, exemplo das dificuldades inerentes à gestão do controlo metabólico especialmente na ausência de um fator desencadeante óbvio. Após estudo complementar, identificou-se neoplasia do cólon, juntamente com uma complexa infeção sistêmica sentinela. Destaca-se a importância da persistência na busca pelo fator etiológico subjacente, visando aprimorar o controlo da descompensação inicial.

Uma dupla ameaça - o desafio diagnóstico de tumores síncronos

Beatriz Gomes Rosa; Laura Oliveira Cainé; Flávia Fundora Ramos; Carina Silva; Marinha Silva; Carlos Oliveira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BARCELOS/ESPOSENDE

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

Os tumores síncronos definem-se pela presença simultânea de dois ou mais tumores primários, diagnosticados no mesmo período ou num intervalo de tempo curto. Embora raros, representam um desafio clínico, tanto ao nível do diagnóstico como do tratamento.

Caso Clínico

Homem de 77 anos, autónomo. Como antecedentes, ex-fumador (10 UMA), hipertensão arterial, diabetes *mellitus* tipo 2 e dislipidemia. Recorreu ao serviço de urgência por astenia, mal-estar generalizado e perda ponderal de 10kg em 2 meses, associado a tosse não produtiva e toracalgia direita, de características pleuríticas. Ao exame objetivo apresentava-se emagrecido, com mucosas descoradas.

Do estudo efetuado, analiticamente anemia microcítica e normocrómica ferropénica, hipercalcémia grave, com PTH diminuída e hiponatremia hiposmolar euvolémica; tomografia computadorizada de crânio, tórax, abdómen e pélvis com “derrame pleural direito, com fibrose pulmonar difusa, identificando-se no lobo inferior direito em topografia subpleural uma imagem pseudonodular com 5cm”. Iniciou correção da hipercalcémia e hiponatremia com fluidoterapia e bifosfonato endovenoso. Foi submetido a toracocentese, com líquido pleural compatível com exsudado não complicado; biópsia do nódulo pulmonar compatível com carcinoma epidermóide pouco diferenciado versus mesotelioma; estudo endoscópico com lesão hemircunferencial com 5cm no ângulo hepático, compatível com adenocarcinoma invasor.

Aquando da alta, com resolução de distúrbios iónicos, interpretados em contexto paraneoplásico. Foi orientado para consulta de Cirurgia Geral e Pneumologia para estadiamento e orientação de tratamento.

Discussão

A ocorrência de tumores síncronos envolvendo pulmão e cólon é rara, com uma incidência entre 0.2-2% dos casos de neoplasias. É importante o estudo de possíveis causas subjacentes assim como o diagnóstico diferencial entre metastização e tumores primários síncronos, dado o impacto no plano terapêutico e prognóstico.

Linfoma de Hodgkin - O mascarado

Sara Frazão de Brito; João Horta Antunes; Hugo Jorge Alves; André Santos; Teresa Costa e Silva; Bárbara Picado

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

O linfoma de Hodgkin tem uma elevada heterogeneidade de manifestações clínicas. Mais frequentemente manifesta-se por adenopatias e sintomas constitucionais.

Caso clínico

Sexo feminino, 54 anos, autónoma. História de bronquite crónica. Sem medicação habitual. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor intensa na região inguinal direita com irradiação para o membro inferior e edema do membro inferior direito incapacitante para marcha. Apurado na anamnese perda ponderal não intencional de mais de 10% do peso no último ano acompanhado de sudorese noturna. Na admissão foi objectivado edema duro assimétrico do membro inferior direito até à região inguinal; múltiplas massas de superfície lisa de grandes dimensões na região inguinal e axilar bilateralmente, sugestivas de conglomerados adenopáticos. Dos exames realizados destacou-se: anemia com hemoglobina 6,8g/dL; tomografia computadorizada toraco-abdómino-pélvica que revelou múltiplas adenopatias axilares; massa neoformativa no urotélio a condicionar obstrução ureteral direita; múltiplas formações nodulares peri-uterinas e anexiais, em provável relação com extensão neoformativa; implante periesplénico (20x15mm) e gânglios linfáticos de maior proeminência nas cadeias ilíacas; lesão lítica do corpo vertebral de L2. Realizou biópsia de gânglio linfático permitindo diagnóstico de Linfoma de Hodgkin clássico, variante esclerose nodular grau 2 de malignidade, estadio IV-B, e iniciou tratamento oncológico dirigido. Por suspeita de neoplasia síncrona urotelial realizou cistoscopia já sem evidência de neoplasia, considerando-se provável envolvimento urotelial do linfoma com resposta ao tratamento.

Conclusão

Os linfomas podem apresentar variadas manifestações e, apesar de raro, podem ter invasão de outros órgãos e sistemas, mascarando-se de outras neoplasias. O desafio diagnóstico é complexo e necessita de ser realizado atempadamente para permitir o melhor tratamento.

Oligella urethralis - case report e revisão

**Sara Frazão de Brito; João Horta Antunes; André Santos; Teresa Costa e Silva;
Hugo Jorge Alves; Bárbara Picado**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

O género *Oligella* (previamente *Moraxella*) compreende duas espécies, *Oligella urethralis* (previamente *Moraxella urethralis*) e *Oligella ureolytica* (previamente grupo CDC IVe), descrito pela primeira vez em 1987. Pesquisando na Pubmed® por “*Oligella*” a 16/01/2025, estavam descritos 17 casos de infeções em adultos e 3 em crianças.

Caso clínico

Sexo feminino, 65 anos, com história de doença bipolar, colocação de pacemaker, hipertensão arterial e tabagismo crónico activo. Medicada com lítio 400mg, ciamemazina 100mg, bromazepam 6mg, quetiapina 400mg, lamotrigina 200mg. Recorreu ao Serviço de Urgência por desorientação progressiva com uma semana de evolução. No exame objectivo destacava-se desorientação nas três vertentes, tremor nos membros. Realizou exames complementares, nomeadamente estudo analítico, urina II, pesquisa de antígeno SARS-CoV2, punção lombar, pesquisa de tóxicos na urina, radiografia de tórax, electrocardiograma, tomografia computadorizada crânioencefálica, destacando-se agravamento da função renal e lítio 1,71mmol/L, assumindo o diagnóstico de intoxicação por lítio, com melhoria gradual após suspensão e hidratação. Ao 6º dia de internamento, apresenta disúria e polaquiúria, com urina arroxeadas, urina II com hemoglobina 0,03mg/dL, leucócitos 16/uL (dentro dos valores de referência). Colheu urocultura, que revelou possível contaminação com flora comensal. Por manutenção dos sintomas, colheu nova urocultura, com isolamento de *O.urethralis*. Dada a impossibilidade do laboratório realizar teste de susceptibilidade aos antimicrobianos (TSA) pela raridade do microrganismo, foi discutido com Infecçiology, tendo realizado 7 dias de meropenem 1g de 12 em 12 horas, com resolução dos sintomas.

Discussão

A difícil identificação de *O.urethralis* bem como em ter TSA, dificulta a sua descrição e tratamento. Embora raras, *O.urethralis* causa mais frequentemente infeções urinárias, estando associada a infeções invasivas em doentes com condições predisponentes.

Metildopa e Depressão Pós-Parto: Coincidência ou Casualidade?

Inês Domingues; Beatriz Santos; Patrícia Santos; Vanda Spencer

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

Tema: Hospitalização domiciliária e Doença na grávida

Introdução

A depressão pós-parto (DPP) é uma complicação psiquiátrica frequente em 10-15% das puérperas, podendo manifestar-se com sintomas funcionais. A Metildopa, anti-hipertensor de primeira linha na gravidez, associa-se a maior risco de efeitos adversos psiquiátricos quando mantida no pós-parto.

Caso Clínico

Mulher, 31 anos, puérpera de gravidez gemelar com cesariana sem complicações (IO 3013), com hipertensão arterial desde há 7 anos medicada com Bisoprolol, substituído por Metildopa 250 mg 2x/dia na gestação e mantido após o parto. Desde o parto, há 2 semanas, com insónia, humor deprimido, labilidade emocional, sentimentos de culpa e preocupação excessiva acerca da sua capacidade de cuidar dos filhos. Apresentou lipotímia com dificuldade na articulação das palavras, perda de força no hemicorpo esquerdo e cefaleia ligeira, tendo recorrido ao Serviço de Urgência. À observação apresentava-se normotensa, ansiosa, com humor deprimido e choro fácil. O exame neurológico revelou discurso escasso e arrastado, sem disartria, e força muscular assimétrica, variável com a distração. Analiticamente sem alterações. Realizou tomografia computadorizada crânio-encefálica que excluiu evento vascular agudo. Administrado diazepam, com melhoria sintomática, reforçando o diagnóstico de sintomatologia funcional conversiva associada a DPP. Foi observada por Psiquiatria com indicação para psicoterapia e terapêutica antidepressiva. Pela possível associação com Metildopa, procedeu-se à sua substituição por Nifedipina e foi referenciada a consulta de hipertensão.

Discussão

Este caso destaca a importância do reconhecimento da DPP e dos potenciais efeitos adversos da Metildopa, realçando a necessidade de uma abordagem multidisciplinar para diagnóstico e tratamento precoces, minimizando o impacto materno e na relação mãe-filho.

Sarcoidose Vertebral: Quando a Doença Sistêmica Compromete a Marcha

Inês Domingues; Beatriz Santos; Patrícia Santos; Vanda Spencer

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A sarcoidose é uma doença granulomatosa, com envolvimento ósseo em 3 a 13% dos casos. O envolvimento vertebral com mielopatia compressiva é raro e simula infeções ou neoplasias, dificultando o diagnóstico.

Caso Clínico

Homem de 25 anos, saudável, com dorsalgia ligeira há seis anos, agravada nos últimos dois meses com diminuição da força nos membros inferiores e incapacidade para marcha, além de parestesias ascendentes e perda ponderal não intencional. Sem febre. O exame neurológico revelou paraparésia flácida dos membros inferiores, anestesia abaixo do nível mamilar e hiperreflexia. A ressonância magnética da coluna dorsal revelou lesão infiltrativa em D6-D7 com compressão medular. A tomografia computadorizada revelou nódulo pulmonar direito. Analiticamente, aumento da enzima conversora da angiotensina e serologias virais, autoimunidade e parâmetros inflamatórios negativos. A tomografia por emissão de positrões mostrou hipermetabolismo em D6/D7, gânglio axilar esquerdo e lesão pulmonar. A biópsia dorsal revelou granulomatose com necrose focal, e a biópsia do nódulo pulmonar revelou granulomatose não necrotizante, sugestiva de sarcoidose, sem evidência de malignidade e com PCR negativa para micobactérias. Iniciou reabilitação motora e corticoterapia sistêmica (1mg/kg/dia) com melhoria neurológica, iniciando desmame gradual. Contudo, houve agravamento dos défices com lesão imagiologicamente sobreponível, considerando-se doença refratária tendo-se associado Metotrexato, com melhoria progressiva e marcha autónoma na alta.

Discussão

A sarcoidose óssea com envolvimento vertebromedular pode manifestar-se com sintomas neurológicos e apresenta um desafio diagnóstico, envolvendo causas neoplásicas e infecciosas no diagnóstico diferencial. O tratamento inicial é corticoterapia, mas casos refratários necessitam de imunossupressores. Este caso destaca a apresentação atípica e complexidade diagnóstica, sublinhando a importância do tratamento precoce para evitar complicações permanentes.

DOENÇA PNEUMOCÓCICA INVASIVA COM DERRAME PLEURAL EM ADULTO JOVEM

Catarina Coelho Faria; Joana Frazão; Pedro Miranda; Rosana Maia; Margarida Rocha; Sara Freitas; Glória Alves; Jorge Cotter

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO AVE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

O *Streptococcus pneumoniae* é o principal agente etiológico de Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC). Quando isolado em meio normalmente estéril, designa-se Doença Pneumocócica Invasiva (DPI), cuja apresentação mais comum é a Pneumonia com Bacteriemia. O risco é maior em extremos de idade e imunocomprometidos. O caso exposto, porém, envolve uma jovem adulta imunocompetente.

Caso Clínico

Mulher de 24 anos, modelista têxtil, ex-fumadora há 1 mês (1,5 UMA). Admitida no Serviço de Urgência por quadro com 6 dias de evolução de mialgias, febre, tosse com expectoração mucopurulenta e toracalgia à esquerda, com irradiação para ombro e região cervical. À auscultação pulmonar, murmúrio vesicular diminuído na base esquerda. Analiticamente, com elevação de parâmetros inflamatórios (leucócitos 18200/ μ L, 91% neutrófilos; proteína C reativa 316 mg/L). Radiografia de tórax com hipotransparência no lobo inferior esquerdo. Tomografia computadorizada (TC) torácica com focos de condensação dispersos. Assim, internada por PAC multilobar e medicada com Ceftriaxona e Azitromicina.

Durante o internamento, identificado *Streptococcus pneumoniae* multissensível, em hemocultura e antigenúria. Diagnosticada DPI. Ao 6º dia de internamento, por hipoxemia de novo e agravamento radiográfico, repetiu TC. Revelado derrame pleural bilateral, de maior volume à esquerda, e área hipodensa com bolhas gasosas. Colocado dreno torácico. Líquido pleural compatível com exsudado. Admitida na Unidade de Cuidados Intermédios, com necessidade de oxigenoterapia de alto fluxo. Ao 13º dia de internamento, após remoção de dreno, hemoculturas de controlo negativas e desmame de oxigenoterapia, transferida para Unidade de Hospitalização Domiciliária. Cumpriu 14 dias de Ceftriaxona e teve alta orientada para consulta de Medicina Interna.

Discussão

É importante relembrar que a DPI se pode manifestar em imunocompetentes e em qualquer idade. Diagnóstico e orientação precoces são cruciais para um desfecho favorável.

SERÁ UM HIPOTIROIDISMO SECUNDÁRIO A LÍTIO?

Ana Paula Rezende; Jerina Nogueira; Joana Coucelo; Nídia Calado; Armando Cruz Nodarse; Isabel Lavadinho

ULSAA

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

O Lítio é um medicamento utilizado para o tratamento de transtorno bipolar. Valores acima de 2.00 mmol/L podem causar risco de toxicidade por isso a importância de monitorização e vigilância apertadas. Além de atuar a nível do sistema nervoso central, o lítio pode ocasionar algumas repercussões sistêmicas a longo prazo e pode atuar no sistema endócrino, sendo a lesão da tiroide um dos principais efeitos colaterais, levando ao desenvolvimento de hipotiroidismo e bócio, mais comumente.

Doente do sexo 93 anos, residente em lar enviada ao Serviço de urgência por quadro de sonolência e disfagia para líquidos com um mês de evolução. Funcionária do lar refere que este quadro iniciou após introdução de Lítio 400mg 1/2+0+1/2 pela médica assistente psiquiátrica.

Tem como antecedentes pessoais: Diabetes Mellitus não insulino-dependente, hipertensão arterial e patologia psiquiátrica em seguimento no privado. Ao exame objetivo destaco “Doente sonolenta, mas despertável a estímulos, discurso impercetível, adormece com muita facilidade. Como exames complementares de diagnóstico realizou uma tomografia axial computadorizado crânio encefálico não evidenciou lesões agudas intracranianas. Analiticamente destaco TSH 42.12 µUI/mL, T4 livre 1.7 pmol/L e anemia normocítica normocrômica (Hb 10.5 g/dL; VCM 88fL; HCM 30.2 pg) e lítio 2.20 mmol/L. Na TC Cervical revelou: “... Há sinais de espessamento/proliferação das partes moles, dos espaços supraglóticos (aríepiglótico-períepiglote), condicionam estreitamento da coluna aérea a este nível”. Perante este quadro clínico suspeitou-se de hipotiroidismo grave secundário a lítio.

Este caso clínico serve para explicarmos que uma anamnese dirigida e uma forte suspeição clínica é essencial para este diagnóstico.

Pileflebite: um diagnóstico incomum

Marta Sanches; Ana Rita Ambrósio; Teresa Costa e Silva; Hugo Alves; Gabriel de Carvalho Ferreira; João Horta Antunes; Sara Frazão de Brito; Daniel Castanheira; Ana Beatriz Machado; André Santos; Paula Peixinho

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

A pileflebite (trombose supurativa da veia porta ou dos seus ramos), é uma complicação pouco frequente de uma infecção intra-abdominal; no entanto, o desenvolvimento de complicações associadas a esta entidade incorre um aumento de mortalidade importante.

Apresentamos o caso de um homem de 76 anos, com antecedentes de colocação de prótese aórtica biológica, aneurisma da aorta e hipertensão arterial.

Recorreu ao Serviço de Urgência por fraqueza e dor abdominal ligeira com uma semana de evolução, associado a anorexia não selectiva. Negada febre alteração do trânsito intestinal, à excepção de episódio de vômito no dia da admissão.

Apresentou, à admissão, pico febril (38°C), e dor à palpação no hipocôndrio direito com alguma defesa à palpação profunda.

Analicamente apresentava elevação exuberante dos parâmetros inflamatórios (leucocitose 16180/uL e PCR 320mg/L), com elevação muito discreta das transaminases (AST 71U/L, ALT 50U/L).

Realizou TC abdómino-pélvica, da qual se destaca trombose do ramo direito da veia porta.

Perante os achados, assumida pileflebite sem foco infeccioso claro, iniciando antibioterapia empírica com ceftriaxone e metronidazol, assim como hipocoagulação em dose terapêutica, tendo vindo a apresentar melhoria clínica e analítica. As hemoculturas revelaram-se estéreis.

Do estudo etiológico realizado, destaca-se heterozigotia para factor V de Leiden, e estudo auto-imune e endoscópico negativo.

Com este caso pretende-se relembrar uma patologia pouco frequente, cujo diagnóstico precoce é essencial devido às potenciais complicações e mortalidade decorrentes da sépsis subjacente, e cuja abordagem terapêutica ao nível da hipocoagulação não é ainda consensual.

O que parece, não é

Margarida Matias; Raquel Montalvão; Maria Inês Soares; Francisca Ramos; Marta Roldão; Marta Anastácio; João Pedro Ramos; João Rio; Helena Novo de Sousa

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LISBOA OCIDENTAL

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

Cerca de 1/3 dos casos de Insuficiência Cardíaca (IC) descompensada devem-se a síndromes coronárias agudas. O diagnóstico de IC é desafiante pela sua variabilidade clínica e sintomática. No entanto, cerca de 30% de doentes com IC apresentam dispneia, sendo este um diagnóstico diferencial fundamental.

Caso Clínico

Homem de 63 anos, com atraso cognitivo ligeiro, perturbação depressiva e psoríase apresentou-se no Serviço de Urgência (SU) com tosse seca, mialgias e anorexia com 4 dias de evolução. No dia da vinda ao SU com sensação de falta de ar, vômitos e dor pleurítica. À observação, a dessaturar em ar ambiente, com crepitações bibasais e extremidades frias. Do estudo realizado em SU, com infiltrado intersticial em “asa de borboleta”, derrame pleural bilateral, aumento dos parâmetros inflamatórios, troponina 2957ng/mL, NTproBNP>25000 pg/mL e alcalose respiratória. Eletrocardiograma com taquicardia sinusal, Q proeminentes V5-V6, ST convexidade superior em V5-V6, DI e aVL, sem alterações nas derivações posteriores. Ecocardiograma transtorácico com fração de ejeção 30%, alterações da cinética segmentar no território da Descendente Anterior (DA); trombo apical e veia cava inferior dilatada. Foi internado em Medicina. Admitido IC aguda em contexto de enfarte agudo do miocárdio subagudo. Completou estudo com coronariografia e RM, com oclusão da DA em território não viável. Ficou sob terapêutica antiagregante simples, anticoagulante e estatina de alta intensidade. Teve episódio de taquicardia de complexos largos com paragem cardio-respiratória, respondeu após 1 choque e 1 ciclo de suporte avançado de vida, foi transferido para uma unidade de cuidados intensivos coronários.

Discussão

Neste caso clínico, a identificação de uma imagem típica de IC no RX-tórax determinou uma abordagem precoce. Dada a variabilidade clínica da IC, é essencial manter elevado índice de suspeição para diagnóstico e intervenção atempados.

“O Corpo também Fala: Derrames que Escondem Segredos”

Mafalda Hipólito Reis; Lumira Marques; Stella Cortes Verdasca; Tereza Veloso

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALENTEJO CENTRAL

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A poliserosite caracteriza-se pela acumulação de líquido em cavidades serosas, podendo ser idiopática ou secundária a infeções, doenças autoimunes ou neoplasias. Este caso ilustra a importância da investigação sistemática de derrames pleural e pericárdico volumosos, que levaram ao diagnóstico inesperado de linfoma não Hodgkin.

Caso Clínico

Mulher de 78 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e síndrome depressivo, recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia e toracalgia direita, com 3 dias de evolução. Negava febre, tosse ou edema periférico. Referia dispneia paroxística noturna e para pequenos esforços. Apresentava hipofonese cardíaca e murmúrio vesicular diminuído. A radiografia de tórax revelou cardiomegalia, condensação basal direita e analiticamente leucocitose de $9.700 \times 10^9/\mu\text{L}$ e PCR 2,2mg/dL. Iniciou antibioterapia com amoxicilina/ác. clavulânico.

Regressou 10 dias depois por dispneia a esforços persistente, cansaço e dor torácica posterior irradiada para a região anterior. Foram pedidos D Dímeros que, sendo positivos, motivaram angioTC de tórax, evidenciando volumoso derrame pericárdico (35mm) com colapso das cavidades direitas e derrame pleural bilateral moderado, justificando internamento. Foi submetida a pericardiocentese (drenagem de 1000mL de líquido sero-hemático) e toracocentese com características de exsudado. O estudo analítico revelou trombocitose e fator reumatóide elevado – 114,6UI/mL. A citologia revelou células atípicas, e a imunofenotipagem confirmou linfoma não Hodgkin B de alto grau. A doente iniciou terapêutica com colchicina e anti-inflamatórios, com melhoria progressiva. Teve alta, encaminhada para consulta de Hematologia para orientação terapêutica.

Discussão

A poliserosite neoplásica é rara, frequentemente subdiagnosticada. A ausência de sintomas sistémicos dificultou a suspeita inicial. A análise do líquido colhido foi fundamental para o diagnóstico. A identificação precoce e a referência célere a Hematologia são essenciais para um melhor prognóstico.

Uma apresentação atípica, a importância da anamnese

Pedro Dias Dos Santos; João Azeredo Costa; Ana Luísa Pitorro; Carolina Cardoso; Beatriz Luís Lopes; David M. Furtado; Daniel Veiga; Mariana da Silva Alves; Marta Amaro

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Introdução

A doença celíaca afeta o intestino delgado e caracteriza-se pela inflamação da mucosa, atrofia das vilosidades e hiperplasia das criptas após exposição ao glúten da dieta.

É uma doença heterogênea com presença de vários sintomas além dos gastrointestinais.

Caso clínico

Apresenta-se o caso de um homem de 65 anos com antecedentes de refluxo gastro-esofágico e pólipos do colon.

Recorreu ao SU por quadro de dor abdominal peri-umbilical tipo cólica pós prandial, acompanhado de náuseas, flatulência e a cada 2/3 dias episódios de vômitos alimentares/aquosos com os quais sentia melhoria de sintomas. Havia também perda ponderal de 11kg (15% peso corporal). Negava alteração na consistência ou número de dejeções.

Internado para estudo, realizou Tac que demonstrou distensão jejunal na região epigástrica com fecalização do conteúdo e espessamento das paredes e adenopatias mesentéricas, realizou RMN que demonstrou distensão de ansa de transição jejuno ileal com segmento estenosado e espessado e gânglios mesentéricos proeminentes o maior com 11mm.

Pedidas serologias para doença Celíaca que foram francamente positivas, fez endoscopia digestiva alta também com aspectos compatíveis e as biopsias confirmaram o diagnóstico de doença celíaca. Iniciou dieta sem glúten com resolução de sintomas e recuperação ponderal.

Controlo imagiológico por Entero RMN demonstrou melhoria

Discussão

A anamnese é e continuará a ser a base da marcha diagnóstica, neste caso em particular permitiu levantar a suspeita clínica que levou ao diagnóstico evitando meios de diagnóstico mais invasivos.

Mieloma múltiplo de cadeias leves: entidade com abordagem desafiante

Marta Sofia da Costa Machado; Catarina Negrão; Margarida Mourato; João Tiago Serra; Fernando Aldomiro

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE AMADORA/SINTRA

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

O mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia plasmocitária que representa 1 a 2% de todas as neoplasias e 17% das neoplasias hematológicas. A maioria dos subtipos caracteriza-se por proliferação das cadeias pesadas (75%) e, apenas 16% corresponde a MM de cadeias leves ou Mieloma de Bence Jones. Este subtipo de MM caracteriza-se pela produção excessiva de cadeias leves e supressão de produção de cadeias pesadas e, desse modo, não apresenta pico monoclonal na electroforese de proteínas. O MM de cadeias leves tem um diagnóstico mais desafiante e associa-se a pior prognóstico.

Caso clínico

Homem, 66 anos, natural de Moçambique, sem antecedentes pessoais relevantes. Recorreu ao Serviço de Urgência por 2 meses de evolução de lombalgia bilateral e perda ponderal.

Realizada TC coluna que demonstrou múltiplas lesões osteolíticas nas vértebras dorsais. Neste contexto realizou RM coluna que demonstrou afundamento dos corpos vertebrais de D5 e D6 a condicionar recuo com ligeira moldagem da medula tendo sido submetido a vertebroplastia.

Analiticamente destacava-se hipercalcémia ligeira (11.3 mg/dL), VS 71 mm/h, electroforese de proteínas sem alterações, imunoglobulinas séricas reduzidas (IgG 403 mg/dL, IgA 44 mg/dL, IgM 16 mg/dL, IgD <1.3 mg/dL), doseamento de cadeias leves livres séricas que se encontrava aumentado (Kappa 4794 mg/L e Lambda 3.43 mg/L) com razão Kappa/Lambda 1397 e proteína de Bence Jones positiva para cadeias leves livres do tipo Kappa.

Efectuada biópsia osteomedular com população plasmocitária aumentada (30%) associada a restrição de cadeias leves kappa.

Conclusão

O MM de cadeias leves é um subtipo raro cujo diagnóstico e tratamento adequado devem ser céleres pelo maior risco de envolvimento renal com elevada mortalidade associada.

Colangite Biliar Primária com Colestase Ligeira: O Papel da Investigação Imunológica

Madalena Martins Vale; Daniel Alves; Mariana Marques; Patrícia Sobrosa; Joana Sá Couto; Diana Guerra

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, EPE / HOSPITAL DE SANTA LUZIA

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

A colangite biliar primária (CBP) é uma doença hepática crónica autoimune, caracterizada pela destruição progressiva dos ductos biliares intra-hepáticos, levando à colestase e fibrose hepática. Muitos doentes são inicialmente assintomáticos, sendo o diagnóstico sugerido por alterações laboratoriais. A apresentação típica inclui colestase bioquímica, positividade para anticorpos antimitocondriais (AMA) e histologia hepática compatível.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 66 anos, hipertensa, sem história familiar de doença hepática, referenciada à consulta por elevação ligeira dos marcadores de colestase com 1 ano de evolução (BilT/BilD 0,40/0,14 mg/dL, FA/GGT 169/69 UI/L, AST/ALT 29/25 UI/L). Referia epigastralgias esporádicas e náuseas, sem icterícia, prurido ou perda ponderal. Sem alterações ao exame objetivo. Negava exposição a potenciais hepatotóxicos. A endoscopia digestiva alta foi normal e a ecografia revelou fígado de dimensões normais, sem dilatação biliar. Do estudo inicial verificou-se agravamento da colestase (FA/GGT 179/108 UI/L), com bilirrubinas, aminotransferases, albumina e estudo de coagulação sem alterações. Foram ainda excluídas causas víricas. Perante agravamento laboratorial, alargou-se estudo para incluir autoimunidade, com ANA (1/320) e AMA (1/20, anti-M2 >220) positivos, compatíveis com CBP. Pela suspeita realizou biópsia que mostrou inflamação portal crónica ligeira, reação ductular e fibrose periportal, confirmando o diagnóstico. Iniciou ácido ursodesoxicólico (750 mg/dia), com normalização da colestase (BilT/BilD 0,47/0,16 mg/dL, FA/GGT 87/23 UI/L) e resolução sintomática aos três meses.

Este caso destaca a importância da suspeição clínica para CBP mesmo na presença de colestase ligeira. A investigação imunológica e histológica foi fundamental para o diagnóstico definitivo, permitindo um início precoce da terapêutica e uma evolução favorável. A vigilância regular é essencial para monitorizar a resposta terapêutica e prevenir complicações.

Acidente Vascular Cerebral e Foramen Oval Patente: A propósito de um caso clínico

Joana Janela Jacinto; Vitor Paz

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

O foramen oval patente (FOP) é uma lesão cardíaca congénita que pode persistir na idade adulta. A maioria dos doentes com FOP são assintomáticos, mas a apresentação inicial pode ser o AVC criptogénico.

Caso clínico

Doente de 50 anos sem fatores de risco cardiovasculares. Recorre aos SU por disartria, hemiparésia e hipoestesia esquerda com horas de evolução. Estudo analítico e ECG sem alterações. Realizou angio TC-CE e do pescoço que revelou lesão isquémica subaguda, cortico-subcortical frontoparietotemporal direita, foco de isquemia subaguda cortical frontal periventricular direita a condicionar apagamento dos sulcos corticais locorregionais, artérias vertebrais e artéria basilar hipoplásica bem como artérias cerebrais posteriores com origem fetal bilateralmente. Com o diagnóstico de AVC isquémico, consultou-se a neurologia que concordou em medicar com antiagregação simples. Em estudo adicional a angioRMNCE documentou enfarte agudo no território da artéria cerebral média e uma pequena área de enfarte antigo na substância branca. O ecodoppler carotídeo, holter e ecocardiograma transtorácico foram normais. No estudo doppler transcraniano as manobra para despiste de shunt direito-esquerdo foram positiva, vindo o ecocardiograma transesofágico confirmar a presença de FOP. Iniciou hipocoagulação oral com rivaroxabano 20mg e atorvastatina 40mg e foi proposto para encerramento do FOP. Dois meses após o diagnóstico o doente apresentava-se com ligeira hipostesia no hemicorpo esquerdo sem outros défices neurológicos.

Discussão

Apenas as técnicas como ecocardiograma transesofágico e ecocardiograma intracardíaca permitem o diagnóstico final de FOP. O tratamento varia com o quadro clínico mas um FOP detectado incidentalmente geralmente não requer tratamento. O score RoPE e PASCAL ajudam a estimar a probabilidade do AVC estar associado a um FOP.

Diagnóstico tardio: uma apresentação rara de melanoma

Inês Isabel Trancoso¹; Francisca Santos Coelho¹; Inês Perdigão Moraes²; Ana F. Lopes¹; Mariana Silva Leal¹; Jorge Almeida¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

² CENTRO DE MEDICINA DE REABILITAÇÃO DA REGIÃO CENTRO - ROVISCO PAIS

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

O melanoma é um tumor maligno da pele, com elevado potencial agressivo e alta capacidade metastática. A apresentação clínica varia desde lesões cutâneas pigmentadas até envolvimento sistémico, em estádios mais avançados. A metastização cerebral é uma complicação severa que afeta a qualidade de vida, com um prognóstico geralmente reservado.

Caso Clínico

Apresenta-se o caso de um homem, 65 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, cardiopatia isquémica e carcinoma epidermoide da amígdala direita submetido a cirurgia, que recorre ao serviço de urgência por diminuição de força muscular do membro inferior esquerdo associada a movimentos involuntários, sem outros défices. Realizou TAC cerebral que mostrou múltiplas lesões expansivas dispersas pelo parênquima encefálico e lesões nodulares. Internado para estudo de neoplasia oculta com metastização cerebral. TC-CTAP com metastização ganglionar e pulmonar difusas; PET-FDG com múltiplas lesões a nível cerebral, pulmonar, muscular/subcutâneo, ganglionar e hepático. Excluída possibilidade de recidiva de neoplasia amígdala, com biópsia de gânglio mediastínico e da lesão hepática com anatomopatologia compatível com melanoma, com mutação *wild type* do gene BRAF. À admissão, introduzida corticoterapia com melhoria inicial, apresentando, no entanto, agravamento posterior. Dada a agressividade da doença, considerou-se não candidato a tratamento dirigido, optando-se, em reunião multidisciplinar, por tratamento de suporte. Doente viria a falecer 2 meses após a admissão inicial.

Discussão

O melanoma metastático apresenta um prognóstico reservado, especialmente quando existe envolvimento multissistémico. O reconhecimento precoce e o tratamento adequado são fundamentais para melhorar a sobrevida, reforçando a importância do rastreio e seguimento rigoroso de lesões cutâneas suspeitas. Este caso foi um desafio, uma vez que o doente não apresentava diagnóstico prévio de melanoma nem lesões cutâneas suspeitas.

Quando a Imagem Engana

Raquel França Moreira; Rodrigo Reis; Ana Jacinta-Fernandes; Diogo Ferreira da Silva; Marta Noronha Carvalho; Raffaele Aliberti; Íris Galvão; Maria José Goes; Catarina Salvado

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

As neoplasias mieloproliferativas crônicas (NMP) caracterizam-se pela produção descontrolada de células sanguíneas na medula óssea, frequentemente associadas a mutações JAK2 V617F, presente na maioria dos casos de policitemia vera (PV), trombocitemia essencial (TE) e mielofibrose primária (MF). Podem ocorrer apresentações atípicas com sintomas como dor abdominal, alterações neurológicas ou hemorragias.

Caso Clínico

Mulher, 47 anos, melanodérmica, natural e proveniente de São Tomé e Príncipe por história de patologia hepática sem estudo etiológico realizado. Recorreu ao Serviço de Urgência por aumento do volume abdominal, emagrecimento acentuado, abdómen globoso com dor no hipocôndrio direito e epigastro e hepatomegalia a 3cm do bordo costal. Analiticamente com anemia com anisopoiquilocitose, algumas células em alvo e naviculares, esquizócitos e eliptócitos, trombocitemia grave (Plaquetas 1088000), anisocitose plaquetária e plaquetas gigantes, TP 15.2seg, APTT 35.0seg, INR 1.32, GGT 171U/L, LDH 352U/L e hiperuricémia 6.8mg/dL. A TC-TAP demonstrou lesão suspeita de atipia primária com múltiplos esboços nodulares hipervasculares e áreas hipodensas, colocando-se os diagnósticos de carcinoma hepatocelular (CHC) ou colangiocarcinoma. Assumiu-se uma neoplasia oculta e a doente foi internada. Realizou mielograma que revelou série megacariocítica hiperplasiada compatível com NMP. A pesquisa de JAK2 V617F foi positiva e t(9;22) BCR/ABL1 negativa. Iniciou hidroxiureia com normalização da série plaquetária e realizou biópsia hepática percutânea sem evidência de tecido neoplásico mas com hematopoiese extramedular. Neste sentido, realizou RMN-AP com discordância entre os achados histológicos e imagiológicos, sem nódulos compatíveis com CHC e com trombose da veia porta. Os marcadores tumorais mostraram aumento de B2-microglobulina (6,33mg/L) e CA19.9 (53U/mL); AFP e CEA negativos. A paracentese diagnóstica revelou transudado com exame cultural e citologia para malignidade negativos. Por fim, a biópsia óssea foi compatível com NMP, sugerindo TE ou MF em fase pré-fibrótica.

Discussão

Este caso clínico ilustra a necessidade de considerar o diagnóstico de NMP em situações atípicas, sublinhando a importância de uma abordagem holística possibilitando um tratamento adequado.

Eritema nodoso: uma etiologia menos comum

Rita Figueira; Alexandre Castro Lopes; Ana Oliveira; Carolina Morgado; Gisela Brito Gonçalves; Joana Melo; Bruna Nascimento

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO

Tema: Hospitalização domiciliária e Doença na grávida

Introdução

O eritema nodoso (EN) é um tipo de paniculite sem vasculite que se caracteriza por nódulos subcutâneos com 1-6 cm, eritematosos, dolorosos e não ulcerados na face extensora das pernas, tornozelos, coxas, braços, tronco, pescoço e rosto. Podem estar associados a fadiga, febre, mal-estar, artralgias, sintomas gastrointestinais ou sintomas respiratórios.

O EN tem várias causas e mais de metade são idiopáticos. A infeção é a etiologia mais comum, mas pode surgir associada a fármacos, doenças inflamatórias, sarcoidose e em 2-5% dos casos, à gravidez.

O diagnóstico é clínico e tem um curso benigno, com resolução em semanas. A terapêutica passa pelo tratamento da causa subjacente e tratamento sintomático.

Caso clínico

Sexo feminino, 32 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por febre, artralgias e lesões cutâneas com 3 dias de evolução. Referia estar grávida, mas sem acompanhamento médico ou sem datação da gravidez. Sem outras queixas de relevo, nomeadamente quadros infecciosos recentes. Negava medicação habitual ou toma recente de fármacos. Ao exame físico apresentava lesões cutâneas nodulares, eritematosas e dolorosas dispersas pelos 4 membros. Analiticamente apenas com proteína C reativa de 15.14 mg/dL (valor de referência 0-0.50 mg/dL) e β -HCG positiva. Avaliada por Obstetrícia com gravidez datada em 4-5 semanas. Teve alta com indicação para repouso, elevação dos membros e pelas artralgias foi medicada com metamizol 575mg de 8/8h. Após 1 semana, avaliada em consulta, apresentando melhoria dos sinais inflamatórios das lesões, sem artralgias ou recorrência da febre e foi suspenso metamizol. Após 1 mês estava assintomática e com melhoria das lesões e durante a gravidez sem intercorrências. Foram excluídas outras causas de EN.

Conclusão

O EN associado à gravidez é pouco comum ocorrendo principalmente no 1º trimestre e poderá estar associado a alterações hormonais. Na grávida é importante reforçar a necessidade de medidas não farmacológicas e a utilização de anti-inflamatórios deve ser criteriosa, tendo em conta a fase de gestação para a escolha do fármaco.

MRSSA bacteriemia complicated with necrotizing pneumonia in an immunocompromised patient

Ana Cordeiro Gomes; Barbara Passos; Catarina Alves; Ana Oliveira Monteiro; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introduction

Although a frequent skin commensal, *Staphylococcus aureus* is an often cause of human infections. *S. aureus* bacteriemia might be complicated by secondary infection of heart, bone, or unfrequently abscess in an internal organ.

Clinical case

A 49-year-old male with a history of follicular lymphoma and CKD KDIGO G5A3 (unknown etiology) presented to the ER with 4-day fever up to 39C, with no focalizing signals or symptoms. Analytically, pancytopenia was detected. Gram-positive cocci were isolated in blood cultures and daptomycin was initiated. Then, cefazolin was initiated due to identification of Methicillin-susceptible *Staphylococcus aureus*. The most likely inoculation cause was a venous puncture a few days before. Fever gradually subsided within 72 hours of antibiotic treatment and there were no further isolations in blood cultures. Echocardiogram and PET excluded cardiac infection. Thoracic CT scan (and corroborated in PET) revealed bilateral necrotizing pneumonia due to hematological dissemination. Cefazolin treatment was extended to 4-weeks with good clinical and imaging evolution. The patient further received linezolid for two weeks in outpatient setting.

Discussion

The novelty of this case relies on the direct inoculation of the blood due to venous puncture and hematological dissemination of MSSA to the lung. Treatment of invasive *S. aureus* infections must be tailored to the specific circumstances of each patient. There are several guidelines that bear upon the therapy of all or specific *S. aureus* infections. For uncomplicated bacteriemia, after source removal or debridement, intravenous therapy for two weeks is usually adequate. If there is secondary seeding of an organ, vascular site, bone or other tissue, a more prolonged duration is required. There is no consensus for the duration of antibiotic treatment in immunocompromised patients, posing challenges in the management of these patients as well as contributing for a higher mortality.

OSTEONECROSE DA MANDIBULA EM PACIENTE EM TRATAMENTO COM DESONUMAB

Rute Rita Gonçalves; Fernando Salvador; Joana Vaz Cunha

CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, EPE / HOSPITAL DE VILA REAL

Tema: Outro

Introdução

A osteonecrose da mandíbula (OM) é uma condição rara e grave, caracterizada pela morte do tecido ósseo mandibular. Pode ser desencadeada por diversos fatores, estando, em muitos casos, associada ao uso de medicamentos que afetam a remodelação óssea, como o denosumab, um anticorpo monoclonal utilizado no tratamento da osteoporose. O denosumab atua de forma a inibir a atividade dos osteoclastos, células responsáveis pela reabsorção óssea, pelo que é bastante utilizado na prevenção de fraturas ósseas em pacientes com osteoporose. Contudo, a literatura tem mostrado que o uso prolongado destes fármacos está diretamente relacionado com o aumento do risco de complicações, nomeadamente, a osteonecrose da mandíbula, como o caso que se descreve em seguida.

Caso clínico

Mulher, 88 anos, com diagnóstico de osteoporose desde há 15 anos e medicada com desonumab há cerca de 3 anos. Recorreu ao médico dentista em julho/2024 por “lesão” na cavidade oral. Foi medicada com amoxicilina e, por manutenção dos sintomas foi vista novamente 1 mês depois. Nessa altura, foi-lhe prescrito deflazacorte durante 7 dias. Manteve-se sem melhoria ou resolução dos sintomas, pelo que foi considerado conveniente observação em consulta de estomatologia.

Nesta consulta, foi objetivada ao exame físico, lesão de osteonecrose no 4º quadrante, com tecido de granulação envolvente, em zona edêntula. Sem abaulamentos, drenagens ou fístulas. Concluiu-se, portanto, que se trataria de provável foco de osteonecrose em paciente sob tratamento com denosumab, pelo que foi sugerida suspensão de desonumab e evicção do uso de prótese, juntamente com prescrição de colutório e lavagens bucais com cloro-hexidina. O diagnóstico foi confirmado com realização de TC-maxilofacial.

Discussão

Apesar de haver ainda poucos estudos sobre o tema, a incidência da osteonecrose da mandíbula associada ao uso de desonumab tem sido cada vez mais documentada e os estudos mostram uma prevalência crescente à medida que o uso de desonumab se torna mais frequente. Assim sendo, este relato de caso pretende mostrar que, apesar de raro, o risco de complicações como a osteonecrose da mandíbula pode ocorrer pelo que é fundamental um acompanhamento multidisciplinar destes doentes.

Sarcoidose torácica estágio III com envolvimento extrapulmonar multifocal: um caso clínico

**Mariana Lobo Oliveira; Luana Alves; Nuno Mendes Piedade; Hélder Novais e Bastos;
Luís Nogueira Silva; Jorge Almeida**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A sarcoidose é uma doença inflamatória sistémica caracterizada pela formação de granulomas não caseosos, com manifestações mais frequentes a nível pulmonar e linfadenopatias. O diagnóstico é complexo devido à sua apresentação clínica variável e à necessidade de excluir outras condições. A sarcoidose torácica em estágio III, com envolvimento extrapulmonar, incluindo linfadenopatia, esplenomegalia e manifestações cutâneas e articulares, é uma forma menos frequente da doença, que exige uma abordagem diagnóstica rigorosa.

Mulher de 23 anos, sem história médica prévia à exceção de parto há 4 meses que decorreu sem intercorrências. Foi internada na enfermaria do Serviço de Medicina Interna por lesões nodulares pulmonares bilaterais em estudo. Recorreu ao serviço de urgência por artralgias de ritmo inflamatório e lesões maculares com eritema nos membros inferiores de ritmo com uma semana de evolução. Analiticamente sem elevação dos parâmetros inflamatórios. Radiografia de Tórax com lesões nodulares pulmonares bilaterais. Já no internamento, analiticamente, estudo autoimunidade negativo, enzima convertidora de angiotensina negativa, IgG, IgA e IgM normais, sem consumo de complemento. Imunofenotipagem com população de linfócitos T com fenotipo CD3+, CD4-, CD8- de 13,6% e linfócitos NKT com fenótipo CD3+, CD16/56+ 18%. AngioTC Tórax a revelar os mesmos achados já visualizados no Rx Tórax e adenopatia subcarinal. Procedeu-se a biópsia de adenopatia que mostrou processo granulomatoso não caseoso. Lavado broncoalveolar com alveolite linfocítica cujo estudo de cuja citometria de fluxo revelou relação CD4/CD8 elevada (5,2). IGRA negativo. PFR sem alterações. Realizou PET-TC que mostrou hipercaptação 18FDG em gânglios latero-cervicais direitos e lesões nodulares pulmonares bilaterais e a nível esplénico.

Este caso ilustra a sarcoidose torácica em estágio III, com envolvimento extrapulmonar multifocal, incluindo linfadenopatias, pulmões, baço, pele e articulações. A abordagem diagnóstica, que incluiu exames de imagem avançados e análises imunológicas, foi essencial para confirmar o diagnóstico. A sarcoidose deve ser considerada em doentes com alterações pulmonares e sintomas sistémicos inespecíficos, sendo o diagnóstico precoce fundamental para um tratamento adequado e eficaz.

ABCESSO HEPÁTICO COM PNEUMOPERITONEU

Leda D'almeida; Maria Ana Flores; Hugo Félix; Carla Santos; Sérgio Paulo

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, EPE / HOSPITAL DE SANTA MARIA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Os abscessos hepáticos mais comuns são os abscessos viscerais (um abscesso dentro de um órgão intra-abdominal). A incidência anual foi estimada em 2,3 casos por 1×10^6 pessoas. Os autores descrevem o caso de um homem de 71 anos de idade, construtor civil aposentado, com antecedente de hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2 e doença arterial periférica. Apresentou-se com quadro de dor abdominal com irradiação para o ombro direito e vômitos associados a obstipação com 10 dias de evolução. Ao exame objetivo somente abdómen timpanizado com dor à palpação do hipocôndrio direito e do flanco direito, com defesa. Laboratorialmente a destacar leucocitose de $23,6 \times 10^9/L$, PCR 55,2mg/dL, PCT 9,4ng/dL, ureia 101mg/dL, creatinina 1,34mg/dL, AST345U/L, ALT482U/L, BT4,16mg/dL, LDH595 U/L. TC abdominopélvica mostrou extenso pneumoperitoneu nos recessos supramesocólicos, com massa hepática centrada ao segmento IV, medindo 9cm de diâmetro, preenchida com ar, sugestiva de lesão necrótica/abcesso com ar, e coleção subfrênica com conteúdo gasoso. O ecocardiograma transtorácico excluiu endocardite infecciosa e a colonoscopia revelou apenas polipose cólica. Assumido abcesso enfisematoso do fígado, de provável natureza piogénica associada a agente produtor de gás, iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone e metronidazol, adicionando-se tigeciclina posteriormente por agravamento clínico e laboratorial. Realizou drenagem do abcesso, ecoguiada, sob antibioterapia, com saída de conteúdo sanguinolento, ficando com dreno em aspiração, com redução progressiva do tamanho do abcesso. O exame bacteriológico do pus foi negativo. Melhoria clínica e imagiológica à data de alta. A rutura do abscesso constitui uma complicação rara, ocorrendo em 3,8% dos doentes. Este caso reforça a importância da realização do diagnóstico atempado, com recurso a exames de imagem e culturais, se possível sem antibioterapia para aumentar as probabilidades de identificação do(s) agente(s) envolvido(s).

Carcinomatose leptomeníngea – um desafio diagnóstico

Marta Sousa; Nuno Pardal; Beatriz Martins; Bruno Carneiro; Inês Machado; Ana Nascimento

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, EPE / HOSPITAL DE SANTA LUZIA

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

A carcinomatose leptomeníngea é uma complicação devastadora de tumores sólidos avançados, mais comum no cancro do pulmão, da mama e no melanoma.

Caso clínico

Homem, 70 anos, com adenocarcinoma pulmonar metastizado (ossos e suprarrenal), admitido no serviço de urgência (SU) por diplopia e instabilidade na marcha há 1 semana. Ao exame, discreto nistagmo horizontal, dismetria na prova calcanhar-jelho à direita e marcha instável com queda preferencial para o mesmo lado. A tomografia computadorizada cerebral (TC-CE) revelou hipodensidade no hemisfério cerebeloso direito, levantando suspeita de acidente vascular cerebral subagudo. Durante o internamento, os défices neurológicos agravaram-se. Nova TC-CE sugeriu tratar-se de metástase, que na ressonância magnética cranioencefálica (RMN-CE) se confirmou ser carcinomatose leptomeníngea. Iniciou corticoterapia sem melhoria. Teve alta com apoio de Cuidados Paliativos, vindo a falecer em poucas semanas.

Homem, 48 anos, com carcinoma espinocelular do pulmão com metastização cerebral, que se apresenta no SU por hipostesia e diminuição da força dos membros inferiores com 2-3 semanas de evolução. No exame, objetivada apenas diminuição da força do membro inferior esquerdo (grau 4+/5). A TC-CE mostrou lesão nodular frontal paramediana direita prévia; sem novas lesões na TC da coluna. Internado por suspeita de polineuropatia, mas com agravamento progressivo apesar de corticoterapia e imunoglobulina. RMN-CE e da coluna mostrou progressão da doença neoplásica cerebral e carcinomatose das raízes medulares. Faleceu após 1 mês de internamento.

Discussão

Os sinais e sintomas da carcinomatose leptomeníngea são frequentemente multifocais, evoluindo ao longo de dias a semanas. O diagnóstico requer um elevado índice de suspeição e é confirmado por neuroimagem. Esta entidade, apesar de rara, deve ser equacionada em doentes oncológicos com défices neurológicos súbitos, atendendo à rápida progressão e prognóstico reservado (3-4 meses).

Massa abdominal complexa em mulher de 75 anos: diagnóstico de tumor mucinoso borderline do ovário

Mariana Lobo Oliveira; Marisa Lopes Neto; Luís Nogueira Silva; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças oncológicas

O tumor mucinoso borderline do ovário é uma neoplasia rara que representa um subtipo de tumor do ovário. A sua apresentação clínica é muitas vezes inespecífica, com sintomas como dor abdominal, aumento do perímetro abdominal e distúrbios urinários ou intestinais. O diagnóstico é desafiador e depende de métodos de imagem avançados e confirmação histopatológica após exérese cirúrgica.

Mulher 75 anos, com história médica prévia de obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia e síndrome depressiva. Doente enviada ao serviço de urgência por dor abdominal. Quando questionada referia aumento do perímetro abdominal com meses de evolução e associadamente incontinência urinária e fecal. Ao exame objetivo, com empastamento na região do hipogastro. Analiticamente, sem anemia e sem elevação dos parâmetros inflamatórios, exame sumário de urina sem leucoeritrocituria nem nitritos. Radiografia de abdómen em pé com níveis hidroaéreos, tendo realizado angioTC-abdominal e pélvico que mostrou volumosa massa abdominal e pélvica complexa com áreas sólidas e quísticas com calcificações com dimensões em plano axial 22x13cm e diâmetro crânio-caudal 23cm mas com origem primária desconhecida.

Em internamento realizou RMN-abdominal que mostrou a lesão anteriormente descrita com aparente origem no anexo esquerdo com locas com conteúdo de diferentes densidades em T1 e áreas com espessamento septal e parietal captante e com restrição à difusão. Foi submetida a histerectomia total, anexectomia bilateral, omentectomia, apendicectomia com confirmação do diagnóstico de tumor mucinoso borderline do ovário.

Este caso ilustra a apresentação rara e desafiante de um tumor mucinoso borderline do ovário em uma mulher idosa. A identificação precoce e o tratamento adequado são cruciais para o prognóstico favorável da doente, apesar da sua apresentação clínica pouco específica

PANICULITE LIPOMEMBRANOSA DAS REGIÕES GLÚTEAS, A IMPORTÂNCIA DA EPIDEMIOLOGIA NO DIAGNÓSTICO

Leda D'almeida; Maria Ana Flores; Hugo Félix; Carla Santos; Sérgio Paulo

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, EPE / HOSPITAL DE SANTA MARIA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A paniculite lipomembranosa refere-se a distúrbios inflamatórios nos quais o principal local de envolvimento é a gordura subcutânea, podendo ser imunomediada, infecciosa, traumática, maligna entre outros. Os autores descrevem o caso de uma mulher de 40 anos de idade, saudável, com antecedente epidemiológico de viagem a Turquia, para realização de *lipofilling* das regiões glúteas e injeção de progesterona concomitante. Quadro clínico caracterizado por sinais inflamatórios dos glúteos de predomínio esquerdo e febre 39°C aquando da ida à urgência, com 1 mês de evolução. À admissão com drenagem espontânea de conteúdo leitoso e grumoso. Laboratorialmente PCR 18mg/dL , plaquetas $465\,000/\text{uL}$. TC pélvica com espessamento cutâneo e densificação da gordura subcutânea, mais evidente nas regiões glúteas em particular à esquerda, com densidade lipomatosa, focos de cistoesteatonecrose e abcedação dos tecidos; Sem indicação cirúrgica. Efetuou antibioterapia com amoxiclavulanato e tigeciclina que suspendeu por ausência de melhoria clínica, com constatação de neuropatia sensitiva e motora do membro inferior esquerdo, com pé pendente. Realizou RM coluna lombo-sagrada com sinais de alterações articulares degenerativas. Avaliada pela Neurologia que se decidiu por etiologia inflamatória iniciar corticoide. Hemoculturas, biópsia cutânea e líquido de aspiração negativos para bacteriológico, micológico e micobactérias. Melhoria clínica e laboratorial progressiva sob corticoterapia. Avaliada pela Cirurgia Plástica e Dermatologia cujo resultado anatomopatológico da biópsia cutânea incisional foi compatível com paniculite lipomembranosa com esteatonecrose e depósitos secundários de cálcio. Teve alta com corticoide e doxiciclina. Sendo que o diagnóstico constitui um grande desafio devido as diferentes formas de apresentação, este caso reforça a importância do contexto epidemiológico na realização do diagnóstico diferencial com vista a abordagem médica atempada de forma a reduzir a morbimortalidade.

Síndrome diarreico no idoso- um diagnóstico a suspeitar

Beatriz Madureira Vital; Joana Serranho; Joana Vieira Jardim; Adelaide Figueiredo; Dilorom Alimova; Maria Cristina Esteves

HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM, EPE

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Introdução

A doença de Crohn é uma patologia inflamatória crónica do trato gastrointestinal. Embora a sua incidência seja maior em adultos jovens, um segundo pico de incidência ocorre após os 60 anos, altura em que o diagnóstico pode ser desafiante, pois as manifestações clínicas são frequentemente insidiosas e podem ser confundidas com outras patologias mais comuns nesta faixa etária.

Caso clínico

Doente do sexo masculino, 70 anos. Internado no Serviço de Medicina Interna (MI) por hematemese. Durante o internamento, referiu quadro de diarreia com cerca de 4 anos de evolução, com 5-7 defeções por dia, fezes moles a líquidas, por vezes, com muco. Sem perda de peso, dor abdominal ou outra sintomatologia, nomeadamente manifestações extra-intestinais. Durante o internamento, foi estabelecido o diagnóstico de suboclusão intestinal que reverteu com tratamento conservador. Analiticamente, de realçar calprotectina de 121 µg/g. A Tomografia Computorizada abdomino-pélvica revelou espessamento mucoso e hipercaptante descontínuo do íleon e ingurgitamento dos vasos mesentéricos. A colonoscopia revelou íleon terminal com áreas de eritema da mucosa e úlceras estreladas, alternadas com áreas de mucosa de aspeto normal. As biópsias mostraram córion com edema, congestão e moderado infiltrado inflamatório crónico com abundantes eosinófilos. Durante o seguimento na consulta de MI detetou-se hipomagnesiemia, hipocalcemia, hipocaliemia, défice de ácido fólico e de vitamina B12. Com o diagnóstico de Doença de Crohn, o doente foi referenciado a consulta de Gastroenterologia e iniciou tratamento com Ustekinumab, encontrando-se com padrão defecatório normalizado.

Discussão

Este caso clínico ressalta a importância da suspeição diagnóstica da doença inflamatória intestinal na população geriátrica, uma vez que a apresentação clínica pode ser atípica e o atraso no diagnóstico pode impactar negativamente o prognóstico e a qualidade de vida do doente.

Um caso clínico de Guillain-Barré

Mónica Spencer Pereira; Sandra Sepúlveda; Daria Bem; Domingas Pereira; Pedro Costa

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

A síndrome de Guillain-Barré é uma neuropatia inflamatória aguda, que na maior parte dos casos ocorre após uma infeção. Mais frequente em doentes jovens e no género masculino. Apresenta-se com início de parestesias das extremidades, fraqueza muscular que se inicia nos membros inferiores, parésia flácida ascendente, podendo atingir tronco, membros superiores e face. Hiporeflexia ou arreflexia com alterações autonómicas, evolui durante 2-4 semanas, diagnóstico essencialmente clínico, exames complementares consiste em punção lombar com dissociação albumino- citológica, electromiografia com sinais de desmielinização.

Caso clínico

Doente do género masculino de 68 anos, antecedentes de Diabetes Mellitus tipo II, hipertensão arterial sistémica, dislipidémia. Encaminhado ao serviço de urgência por quadro de diminuição de força muscular nos membros inferiores e disartria com 3 dias de evolução. Tomografia crânio encefálica sem alterações, exame sumário de urina compatível com infecção urinária, colheu culturas e iniciou antibioterapia empírica com ciprofloxacina. Radiografia tórax sem alterações, ecografia renal sem lesões ocupando espaço nem cálculos intra renais. Internado para esclarecimento de quadro neurológico. Punção lombar com dissociação albumino citológica sem isolamento de qualquer agente, ressonância magnética encefálica sem lesões de relevo. Urocultura com isolamento de Escherichia Coli. Cumpriu antibioterapia, imunoglobulina intravenosa e reabilitação motora com melhoria progressiva. Assumiu-se diagnóstico de Guillain-Barré associado a quadro infeccioso.

Conclusão

Dado que estamos perante uma síndrome rara, devemos considerá-la principalmente em casos de alterações neurológicas, estando como neste caso num contexto infeccioso. Ter em conta que o diagnóstico é essencialmente clínico, e quanto mais precoce e acompanhada de intervenções adequadas, proporciona melhor prognóstico.

Choque séptico como apresentação no diagnóstico de Mieloma Múltiplo

Rita Sousa; Ana Filipa Martins; Cleide José Maria; Alexandra Mendes; Joana Morais; Rosa Carvalho; Maria João Regadas; Raquel Covas; Gonçalo Torrinha; Inês Silveira; Cecília Vilaça; Pedro Silveira; Carlos Capela

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A doença pneumocócica invasiva, apesar de rara na população imunocompetente, pode evoluir com choque séptico, especialmente em doentes imunocomprometidos. A associação entre infeções graves e doenças hematológicas subjacentes deve ser considerada, especialmente quando há alterações hematológicas inexplicadas. Este caso ilustra a importância de um elevado índice de suspeição para patologias hematológicas em doentes com infeções graves e alterações analíticas sugestivas.

Caso Clínico

Mulher de 43 anos, antecedentes de fratura espontânea de D9 recente em estudo, foi admitida no serviço de urgência por lombalgia, tosse produtiva, febre e dispneia. Ao exame físico apresentava hipotensão, taquipneia, hipoxemia com necessidade de oxigenoterapia suplementar e auscultação pulmonar com roncos dispersos no hemitórax direito. Analiticamente, com insuficiência respiratória hipoxémica grave, pancitopenia (Hb 8.2 g/dL, Leuc 2800/uL, Pla 114.000/uL), esfregaço de sangue periférico com anisocitose ligeira, neutrófilos com núcleo hipolobulado e presença de plasmócitos, lesão renal aguda (creatinina 2,8mg/dL) e antígeno urinário de pneumococo positivo. A doente foi admitida no serviço de Medicina Intensiva sob ceftriaxone e azitromicina. Nas hemoculturas colhidas foi identificado *S. pneumoniae* multissensível, tendo-se ajustado a antibioterapia para penicilina (42UI/24h). Após melhoria das disfunções, a doente foi transferida para a Medicina Interna onde a persistência de pancitopenia e a história de fratura vertebral levaram à suspeição de doença hematológica. A eletroforese de proteínas revelou pico monoclonal IgGKappa. A biópsia medular confirmou o diagnóstico de Mieloma Múltiplo, sem alterações citogenéticas de alto risco e foi transferida para Hematologia.

Discussão

Este caso realça a necessidade de um olhar multidisciplinar sobre infeções graves, especialmente quando associadas a alterações hematológicas atípicas. A persistência da pancitopenia e a fratura vertebral foram sinais de alerta para uma doença hematológica subjacente, evidenciando a importância de investigação aprofundada em casos de infeção grave sem fatores predisponentes evidentes. O reconhecimento precoce e abordagem integrada são fundamentais para otimizar o prognóstico destes doentes.

Do Prato ao Pulmão: As implicações clínicas da aspiração de uma Fava

Francisco Calisto; Mariana Bilreiro

HOSPITAL DR. NÉLIO MENDONÇA

Tema: Doenças respiratórias

Do Prato ao Pulmão: As implicações clínicas da aspiração de uma Fava

Introdução

O broncoespasmo refratário é uma emergência médica sendo crucial a identificação da sua etiologia e a sua rápida reversão. Certas condições como a exposição a alérgenos, obstrução por corpo estranho, aspiração gástrica e causas cardíacas podem simular o quadro. Em casos graves, pode ser necessário recorrer à ventilação mecânica e broncofibroscopia.

Caso Clínico

Descreve-se o caso de uma mulher de 86 anos, com história médica conhecida de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, fibrilhação auricular, insuficiência cardíaca e trombocitose essencial, que recorreu ao serviço de Urgência por dispneia. Apresentava sonolência, desorientação, tensão arterial de 167/51 mmHg, temperatura de 37,6°C, polipneia, destacando-se à auscultação pulmonar murmúrio rude, fervores e sibilos dispersos. Analiticamente, evidenciou-se leucocitose com neutrofilia, proteína C reactiva elevada e hipoxemia. A pesquisa de SARS-CoV-2 e Influenza foi negativa. A radiografia de tórax mostrou hipotransparência parahilar direita. Foi internada com diagnóstico de traqueobronquite, medicada com levofloxacina. Durante o internamento, dada a refratariedade do broncoespasmo, realizou tomografia computadorizada, indicando imagem nodular de 10 mm no lúmen do ramo brônquico central direito. Durante a broncofibroscopia identificou-se um corpo estranho, uma fava, que foi removido. Perante boa evolução, obteve alta com seguimento na consulta de Medicina Interna.

Discussão e Conclusão

A implementação imediata de um protocolo terapêutico, avaliação atenta e exames complementares de diagnóstico, são essenciais para a identificação e orientação precoce do broncoespasmo refratário, reduzindo a morbilidade e mortalidade associadas. Documentar o episódio e identificar os fatores desencadeantes são medidas fundamentais para prevenir recidivas e otimizar o tratamento em futuros procedimentos/crises.

Mesotelioma Pleural Maligno e seus Desafios Diagnósticos: A Propósito de um Caso Clínico

Antônio Syder Queiroz; Leda d' Almeida; Guilherme Sanches de Miranda; Margarida Pereira Ventura; Catarina Noronha Ribeiro; Juliana Faria Filipe; Filipa Ferro; Manuel Ferreira Gomes

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

O mesotelioma pleural maligno é uma neoplasia rara, frequentemente associada à exposição prolongada ao amianto, uma fibra amplamente utilizada em atividades industriais, até ser removida devido aos seus efeitos carcinogênicos. O diagnóstico de mesotelioma pleural é complexo, com quadro clínico insidioso, o que se traduz em identificação tardia e prognóstico reservado.

Caso clínico

Mulher de 73 anos, reformada de funcionária em fábrica de candeeiros, com antecedentes de diabetes, hipertensão e doença de Still, recorreu à urgência por quadro, com três meses de evolução, de tosse produtiva, cansaço, dorsalgia e perda de peso involuntária, com radiografia de tórax a evidenciar derrame pleural direito exuberante. Realizou toracentese diagnóstica (TD) com citologia de líquido pleural, negativa para células neoplásicas, tendo alta com diagnóstico assumido de pneumonia adquirida na comunidade. Posteriormente, novo agravamento respiratório com necessidade de avaliação urgente e reinternamento. Evidência em TC-Tórax de recorrência do derrame pleural à direita, pelo que realizou nova TD e biópsia pleural, ambas negativas para neoplasia. Por alta suspeição clínica foi submetida a videotoracoscopia eletiva, com resseção parcial do lobo inferior direito, talcagem e biópsia da pleura parietal a evidenciar mesotelioma epitelioide de baixo grau. Proposta para quimioterapia com carboplatina e pemetrexedo, tendo cumprido 6 ciclos e estando atualmente em manutenção com pemetrexedo.

Discussão

O diagnóstico de mesotelioma pleural reveste-se de particular complexidade, pela dificuldade em obter amostras representativas da lesão neoplásica nas primeiras tentativas de biópsia ou citologia, devido à heterogeneidade das células tumorais, aliada à localização do tumor. Face a elevada suspeição diagnóstica e contexto epidemiológico sugestivo, o recurso a técnicas como videotoracoscopia torna-se essencial para a confirmação diagnóstica e subsequente abordagem terapêutica dirigida.

Circuito de Fontan - uma fonte de problemas?

José Lucena; Sofia Ramos; Mário Rodrigues; Melanie Ferreira; Luís Dias

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SÃO JOSÉ, HOSPITAL DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças cardiovasculares

O Circuito de Fontan (CdF) é uma abordagem paliativa cirúrgica para patologia cardíaca congénita complexa. É criado um circuito de retorno venoso que leva o sangue diretamente à circulação pulmonar. Esta técnica está associada a numerosas complicações como trombose e hemorragia.

Uma jovem de 29 anos apresenta-se no serviço de urgência por quadro de tosse associada a hemoptises, sem sintomas respiratórios.

Tem antecedentes de isomerismo direito cardíaco submetido a Cirurgia de Fontan, com posterior trombose deste, hipocoagulada com varfarina (alvo INR 2,5-3) e sob Ácido Acetilsalicílico (AAS).

Analiticamente sem queda de hemoglobina, nem aumento dos parâmetros inflamatórios, INR 3,2, auto-imunidade negativa. Em Angio-TAC de tórax observou-se densificação difusa do parênquima pulmonar. Pelo elevado risco trombótico, manteve anticoagulação mas suspenso AAS, internando-se para vigilância.

Por novo episódio de hemoptises sem rebate hematológico ou hemodinâmico, repetiu exame de imagem que revelou padrão de “crazy paving” em possível relação com hemorragia alveolar difusa. Pela fácil interrupção da sua ação, trocou-se anticoagulação para enoxaparina. A doente foi submetida a embolização de ramo da artéria brônquica sangrante pela Radiologia de Intervenção. Após o procedimento retomou enoxaparina, e posteriormente varfarina com encurtamento do alvo para INR 2-2,5, pelo elevado risco de complicação hemorrágica, favorecendo-se este fármaco pela mais fácil reversão. Mais tarde retomou AAS, sem novas hemorragias à data de alta.

Deste caso destaca-se a difícil gestão entre o risco hemorrágico vs. trombótico em doentes com CdF, perante uma complicação comum desta técnica, enaltecendo a Medicina Interna no centro deste equilíbrio complexo. Apesar de já existir evidência a sugerir segurança no uso de anticoagulantes diretos nestes doentes, estes são ainda pouco robustos, pelo que esta classe ainda não está recomendada pela Sociedade Americana de Cardiologia.

Anemia Grave: o Inimigo Silencioso da Saúde de Ferro

Joana Soares Queirós; André Ferreira; Rita Almeida; Alexandra Rodrigues; Cátia Martins; Teresa Faria

SESARAM

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A anemia constitui um diagnóstico muito frequente na prática clínica, sendo que a sua etiologia e apresentação são muito variáveis. A sintomatologia pode ser bastante inespecífica e não traduzir a gravidade do quadro.

Caso clínico

Mulher de 40 anos com antecedente pessoal de anemia ferropénica (valores de Hemoglobina (Hb) prévios entre 9 e 10 g/dL) associada a menorragias, sem toma de medicação habitual, seguida nos Cuidados de Saúde Primários. Dirigiu-se ao Serviço de Urgência (SU) por um quadro de astenia, palidez e tonturas com vários dias de evolução. Negava alterações alimentares, noção de perdas hemáticas gastrointestinais ou perda ponderal. Ao exame objetivo encontrava-se hemodinamicamente estável, com pele e mucosas muito descoradas, sem outras alterações de relevo. Analiticamente com valor de Hb de 3.4 g/dL, volume globular médio 54.3fL, hemoglobina globular média 12.7pg, RDW (Red Cell Distribution Width) 30.4%, ferro 11µg/dL, saturação de transferrina 1.6%, ferritina 1ng/mL, capacidade de fixação de ferro total normal, vitamina B12, ácido fólico e função tiroideia normais, sem outras alterações analíticas.

No SU foi pedida observação pela Ginecologia para avaliação de possível anemia em contexto de menorragias, tendo feito uma ecografia transvaginal, que revelou a presença de um mioma na parede posterior do útero com dimensões de 81x66x77mm. Fez transfusão de 3 Unidades de Concentrado Eritrocitário e 1,5g de Carboximaltose Férrica, sem intercorrências e com boa resposta pós transfusional, com Hb de 8.6 g/dL. Teve alta orientada para consulta de Medicina Interna e ficou inscrita para miomectomia.

Foi submetida a miomectomia laparotómica 3 meses depois, sem intercorrências. Anatomia patológica da amostra compatível com leiomioma. Fez Endoscopia Digestiva Alta, Colonoscopia e TC do pescoço e abdomino-pélvica sem alterações de relevo.

Desde a cirurgia encontra-se assintomática e apresenta valores de Hb dentro da normalidade.

Discussão

A capacidade de adaptação do organismo a alterações graves mas de evolução progressiva pode ser surpreendente. O estudo da anemia ferropénica, no qual a Medicina Interna tem um papel fulcral, é de extrema importância na identificação e resolução da etiologia.

Desafios na abordagem de endocardite infecciosa: Quando o tratamento cirúrgico não é opção

Ana F. Lopes; Catarina Santos Reis; Inês Isabel Trancoso; Marta Soares Carreira; Paulo Almeida; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A endocardite infecciosa (EI) é uma doença rara associada a uma elevada taxa de morbimortalidade. O seu diagnóstico deve ser precoce com o intuito de iniciar antibioterapia dirigida, permitindo assim limitar a ocorrência de complicações.

Mulher, 67 anos, com antecedentes de estenose aórtica grave submetida a substituição valvular com prótese biológica há 8 anos, com disfunção de prótese com 5 meses de evolução. Internada por febre sem focalização evidente. Analiticamente a destacar leucocitose ($15 \times 10^9/L$), proteína C reativa de 59.8mg/L. Isolamento em 2 hemoculturas de *S. pasteurianus* multissensível, tendo iniciado antibioterapia com penicilina 12mUI/dia endovenosa. Ecocardiograma transesofágico com agravamento da disfunção de prótese e trombo intraventricular, sem vegetações visíveis. Tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica sem evidência de embolização sistémica. A tomografia por emissão de positrões (PET) confirmou o diagnóstico de EI, associada a trombo intraventricular infetado. Por se considerar procedimento de elevado risco cirúrgico e de embolização, não se considerou cirurgia cardíaca. A doente completou 6 semanas de antibioterapia endovenosa, com reavaliação imagiológica por PET, com persistência da infeção. Por este motivo, foi decidida estratégia de antibioterapia supressiva com amoxicilina 1g 8/8h.

Este caso destaca a complexidade do diagnóstico e tratamento da EI. A realização de PET foi fundamental para o seu diagnóstico. A instituição de antibioterapia supressiva prolongada é uma estratégia alternativa, que pode ser considerada em doentes selecionados, não candidatos a abordagem cirúrgica.

Linfoma T e Vasculite Crioglobulinémica: uma associação rara

Marta Nascimento Soares; Catarina Monteiro; Daniela Ormonde; Sofia Teixeira; Joana Gonzaga; Jorge Almeida; Maria João Lume; Marta Valentim

CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO, EPE

Tema:

A leucemia de linfócitos granulares grandes (LGL-T CD8+) é uma neoplasia hematológica rara, frequentemente associada a fenómenos autoimunes. O seu reconhecimento precoce é essencial para otimizar a abordagem terapêutica.

Mulher, 72 anos, sem antecedentes relevantes. Inicia seguimento por LGL-T e, concomitante, desenvolve quadro de lesões vasculíticas nos membros inferiores, tendo iniciado metotrexato. Por má evolução clínica, é admitida em internamento de medicina interna. À avaliação clínica destacava-se: lesões ulceradas e necróticas dispersas pelo corpo com anestesia das mesmas áreas, incapacidade funcional para todas as atividades diárias e artrite das mãos. Analiticamente apresentava leucocitose com linfocitose (15 290/ul), positividade para crioglobulinas e auto imunidade negativa. Realizada biópsia cutânea que mostrou ser compatível com vasculite leucocitoclástica. O eletroencefalograma sugeriu mononeuropatia múltipla e polineuropatia axonal sensitivo-motora grave e o Rx das mãos evidenciou artite. Face à gravidade do quadro, iniciou pulsos de metilprednisolona e rituximab, com controlo das manifestações autoimunes mas com progressão neoplásica, acabando por falecer.

A LGL-T pode associar-se a fenómenos autoimunes graves, não tendo atualmente indicações de como abordar as mesmas. A vasculite crioglobulinémica pode ser uma manifestação inaugural e associar-se a morbilidade significativa. O envolvimento neurológico e articular reforça a necessidade de diagnóstico precoce e abordagem multidisciplinar. A resposta refratária ao tratamento sublinha a agressividade da doença e evidencia a necessidade de estratégias terapêuticas mais eficazes.

Manifestações exuberantes de sífilis secundária

Ana Luísa Maceda Rodrigues; Sérgio Madureira; Ana Cristina Peixoto; Mariana Lobo Oliveira; Margarida Miguel Paraíso; Pedro Rodrigues; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível causada pelo *Treponema pallidum*. A doença progride através de quatro estágios: primário, secundário, latente e terciário.

Caso clínico

Mulher de 20 anos. História médica prévia de atopia grave na infância, seguida em consulta de Imunoalergologia. Refere aparecimento de exantema maculopapular, não pruriginoso, disperso pelo corpo e membros, com atingimento mais exuberante do tórax, abdómen e dorso, que não poupa palmas ou plantas, com cerca de 3 meses de evolução. Referia relação sexual desprotegida com companheiro, com manifestação cutânea semelhante, embora menos exuberante e auto-limitada. Observada e medicada 1 mês após início dos sintomas, com anti-histamínico em alta dose e corticóide, sem melhoria.

Do estudo etiológico realizado, analiticamente com anemia ligeira e elevação das enzimas hepáticas (FA 250mg/dL, AST e ALT cerca de 2 vezes o limite superior do normal), VS 40 mm/1ªh. Estudo autoimune negativo, com discreto consumo do complemento C4 e hiperIgE, sem eosinofilia. VIH, VHC e VHB negativas.

Por agravamento do exantema e envolvimento do couro cabeludo, com áreas de alopecia, recorreu ao serviço de urgência. Analiticamente sem alterações. Acrescentou-se serodiagnóstico da sífilis que acabou por se revelar positivo (TTPA positivo; VDRL 1024 diluições).

Orientada para a consulta de Medicina Interna, onde referiu agravamento do exantema, bem como sensação de visão turva no olho direito, sem dor ou rubor associados.

Decidido internamento no Serviço de Oftalmologia por panuveíte bilateral em contexto de sífilis secundária, onde cumpriu 14 dias de penicilina benzatínica endovenosa e corticoterapia sistémica, com desmame progressivo.

Reavaliada 3 meses depois na consulta de Oftalmologia, com resolução completa das alterações oftalmológicas e 6 meses após na consulta de Doenças Infecciosas, onde mantém seguimento, com seroconversão e melhoria das manifestações cutâneas e da alopecia.

Discussão

Este caso reforça a necessidade de considerar a sífilis no diagnóstico diferencial de erupções cutâneas e manifestações sistémicas, especialmente em doentes jovens, com comportamentos sexuais de risco.

O acompanhamento contínuo e a terapêutica apropriada são fundamentais para a resolução das complicações e recuperação clínica.

Uma forma exuberante de Polineuropatia Diabética

Alexandra Silvestre; Francisca Lourenço Ramos; João Rio; Inês Andrade; Pedro Ferreira Nunes; Susana Jesus; Cândida Fonseca

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, EPE / HOSPITAL DE S. FRANCISCO XAVIER

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

Uma das complicações associada à Diabetes Mellitus prende-se com a afeção das fibras nervosas resultando mais frequentemente na perda distal e simétrica da sensibilidade. O mau controlo metabólico predispõe a manifestações mais graves de polineuropatia com impacto nas funções motoras e autonómicas.

Caso Clínico

Homem, 64 anos, ex-fumador, com Diabetes Mellitus tipo 2 há 13 anos, Hipertensão arterial, Doença cerebrovascular e Doença arterial periférica. Recorreu ao serviço de urgência por queixas com meses de evolução em agravamento com necessidade de se deslocar “de gatas”, dificuldade na preensão de objetos, deixando-os cair com facilidade e dormência dos membros inferiores. Negava história de infeções recentes, exposição a tóxicos ou introdução de novos medicamentos, mas afirmava incumprimento terapêutico. À observação, ausência de sensibilidade tátil, vibratória e térmica dos membros até ao joelhos e cotovelos, diminuição marcada da sensibilidade proprioceptiva e da força nas extremidades distais sem se conseguir colocar em ortostatismo, atrofia muscular das mãos e pés e reflexos osteotendinosos diminuídos. Analiticamente, HbA1c 12.2% e eletromiografia a confirmar “polineuropatia sensitivo-motora muito grave”. Foram excluídas outras causas de polineuropatia: infecciosas, neoplásicas, défices nutricionais e auto-imunes. Assumiu-se o diagnóstico de Polineuropatia Diabética, apostando-se no controlo metabólico com instituição de insulino terapia e reabilitação motora com fisioterapia, tendo havido melhoria dos sintomas.

Discussão

A polineuropatia diabética pode ser incapacitante e por isso o seu diagnóstico diferencial - através de uma história clínica detalhada, exames analíticos direcionados para a suspeita diagnóstica e eventual exame eletrofisiológico - é crucial para permitir controlar e atrasar a sua progressão. A principal abordagem passa pelo controlo metabólico e reabilitação motora.

Imunodeficiência Comum Variável: complexidade diagnóstica e abordagem clínica

Ana João Gonzaga; Fábio Alves; Rosa Ferreira

HOSPITAL DE BRAGA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A Imunodeficiência Comum Variável (IDCV) é a imunodeficiência primária mais frequente, podendo manifestar-se na idade adulta. Caracterizada por défice grave de anticorpos, apresenta diversas manifestações clínicas (infecções recorrentes, patologia gastrointestinal, doenças autoimunes e doença pulmonar).

Caso Clínico

Homem, 51A, sem antecedentes pessoais de relevo. Iniciou seguimento em 2008, após internamento por pneumonia complicada com empiema. Do estudo realizado, défice grave de Imunoglobulinas (IgA, IgM e IgG), trombocitopenia, leucopenia e linfopenia, adenopatias mediastínicas e axilares e esplenomegalia. Por suspeita de doença linfoproliferativa, fez biópsia óssea com processo granulomatoso não necrotizante. Assumiu-se sarcoidose com agamaglobulinemia secundária, iniciando prednisolona e Imunoglobulina (15g/mês) em 2011. Manteve a necessidade de corticoterapia desde aí, em dose variável, assim como intercorrências infecciosas com necessidade de antibioterapia.

Orientado em 2023 para consulta de Medicina Interna, com diagnóstico definitivo de IDCV, apresentado imunofenotipagem de sangue periférico com alterações leucocitárias sugestivas, resposta vacinal para vacina antitetânica, ausente para pneumocócica. Associadamente, alterações na tomografia torácica, com presença de bronquiectasias, com provas funcionais respiratórios normais. Após a suspensão de corticoide, pela presença de osteopenia, início de diarreia. Do estudo, exclusão de infecção gastrointestinal, com biópsia com colite inespecífica. Por manter doseamento de Igs baixas assim como intercorrências infecciosas, aumentou dose de Igs para 30 g/mês (em titulação). Mantém necessidade de corticoide em baixa dose por diarreia.

Discussão

Este caso mostra a heterogeneidade clínica e laboratorial da IDCV. O diagnóstico diferencial é complexo, exigindo avaliação de manifestações infecciosas e não infecciosas. A presença de granulomas e esplenomegalia, juntamente com as citopenias, levanta desafios adicionais. O tratamento com gamaglobulina é fundamental, mas a gestão de complicações como a osteopenia e diarreia requer uma abordagem global.

Síndrome dos Ductos Biliares Evanescentes

Daniel Teixeira; Domingos M'boto; Ana Furão Rodrigues

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, EPE / HOSPITAL DE SANTA MARIA

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Na icterícia de padrão colestático existem causas raras que devem ser consideradas no diagnóstico diferencial.

Apresenta-se o caso de um homem, de 79 anos, autónomo, sem antecedentes relevantes. Recorreu às urgências por icterícia, náuseas, enfartamento pós-prandial, prurido generalizado, colúria e acolia com cerca de uma semana de evolução. No mês prévio, tinha estado internado por pneumonia, para a qual cumpriu antibioterapia com amoxicilina/ácido clavulânico (7 dias). Quinze dias após este ciclo, teve também otite aguda sendo medicado com o mesmo fármaco (8 dias). Ao exame objetivo, apresentava pele e escleróticas ictéricas e lesões de coceira dispersas. Laboratorialmente apresentava hiperbilirrubinemia (18.09 mg/dL) à custa da fração direta (12.25mg/dL), aumento dos parâmetros de colestase (FA 394U/L, GGT 62 U/L) e elevação dos tempos de coagulação (aPPT 31.7/29s, INR 1.36). A ecografia das vias biliares e a TC abdominal não evidenciaram alterações. Foi internado para esclarecimento do quadro com as hipóteses de colangiocarcinoma e coledocolitíase. O estudo de hepatites virais e de autoimunidade foi negativo. Pediu-se CPRM que revelou “ectasia com irregularidade dos contornos das vias biliares intra-hepáticas”. Tendo em conta estes achados, a história de exposição repetida a um antibiótico compatível, bem como a exclusão de outras etiologias, considerou-se mais provável o diagnóstico de Lesão Hepática Induzida por Fármaco (DILI) complicada de Síndrome dos Ductos Biliares Evanescentes. Foi feita biópsia hepática para confirmação histológica. A evolução durante o internamento foi favorável, com melhoria laboratorial e resolução dos sintomas.

A Síndrome dos Ductos Biliares Evanescentes, é uma complicação rara mas grave de DILI que provoca destruição e obliteração progressiva dos ductos biliares intra-hepáticos, sendo uma das causas possíveis de colestase e icterícia. A suspeita diagnóstica deve ser elevada, sobretudo se existir história farmacológica compatível.

Encefalopatia Urémica Secundária a Acalásia: Um Caso Clínico Raro

Sofia Almeida; Pedro Neves; Vital da Silva Domingues

CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, EPE / HOSPITAL GERAL DE SANTO ANTÓNIO

Tema: Doenças renais

Introdução

A encefalopatia urémica é uma complicação grave da insuficiência renal, podendo manifestar-se com alterações do nível de consciência, delírio e sinais neurológicos.

Caso Clínico

Mulher de 66 anos, previamente autónoma, com disfagia e regurgitação há três meses, associadas a perda ponderal de 30%. O estudo revelou acalásia. Foi admitida por alteração comportamental, com delírio persecutório e negligência no autocuidado.

Analiticamente, apresentava desidratação grave, insuficiência renal aguda (KDIGO 3), hipernatrémia (Na^+ 167 mmol/L) e hiperuremia (ureia 580 mg/dL). Diagnosticada com encefalopatia urémica, iniciou hidratação endovenosa, com recuperação progressiva da função renal e reversão do quadro neurológico.

Discussão

Este caso ilustra uma encefalopatia urémica secundária a desidratação severa por acalásia, destacando a importância do diagnóstico precoce e da hidratação agressiva na reversão das complicações.

Síndrome Constitucional em Doente com Polimialgia Reumática: Uma reviravolta diagnóstica

Sara Dias; Inês Marques da Silva; Marcel Guerreiro; Marta Sousa; Sara Guerreiro Castro; Ana Catarina Rodrigues

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A polimialgia reumática (PR) é uma síndrome inflamatória, associada a sintomas constitucionais. Estudos indicam um risco aumentado de malignidade em doentes com PR, além de predisposição a infeções devido à imunossupressão prolongada.

A leishmaniose visceral (LV) é uma causa rara, mas potencialmente fatal de síndrome febril prolongada. Este caso sublinha a importância de um diagnóstico diferencial alargado face à persistência de sintomas constitucionais.

Caso Clínico

Doente do sexo masculino, 57 anos, com PR diagnosticada em 2021, sob prednisolona e metotrexato. Desenvolveu quadro constitucional com dois meses de evolução caracterizado por febre vespertina, perda ponderal e agravamento de artralguas. Ao exame objetivo, com astenia marcada, hepatoesplenomegalia e ausência de linfadenopatias palpáveis, pelo que se optou por internamento para estudo. Dos exames complementares realizados objetivou-se pancitopenia, elevação da velocidade de sedimentação e hipergamaglobulinemia. Os exames culturais e as serologias virais revelaram-se negativos. A tomografia computadorizada evidenciou adenopatias mediastínicas e celíacas e hepatoesplenomegalia. A endoscopia digestiva alta com biópsia gástrica mostrou infeção por *Leishmania*, levando à realização de aspirado e biópsia da medula óssea com positividade de PCR e evidência concomitante de amastigotas de *Leishmania*.

Iniciou anfotericina B lipossómica tendo-se verificado apirexia sustentada a partir do dia seguinte e melhoria clínica progressiva.

Discussão

A persistência de um síndrome constitucional em doentes com PR deve motivar uma investigação abrangente, com enfoque na exclusão de neoplasias e infeções oportunistas. A LV, apesar de rara, deve ser considerada no diagnóstico diferencial de febre prolongada, sobretudo em doentes imunocomprometidos. A resposta rápida à terapêutica evidencia a importância do reconhecimento precoce da LV para evitar complicações e reduzir a mortalidade.

A colecistite aguda que mascarou a hepatite autoimune

Pedro Pernica¹; Maria Cortegaça Nunes¹; Tiago Bana e Costa¹; Joanne Lopes²; Isabel Madruga¹; Judite Henriques¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LISBOA OCIDENTAL

² HOSPITAL LUSÍADAS LISBOA

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Introdução

A hepatite auto-imune é uma doença inflamatória crônica rara do fígado, de causa não esclarecida, com grande variabilidade clínica, desde assintomática (elevação das transaminases) até à insuficiência hepática, o que torna o diagnóstico um desafio, feito com base em resultados laboratoriais e histológicos.

Caso Clínico

Mulher de 48 anos, iniciou queixas de distensão abdominal com enfiamento e náuseas com refeições copiosas e ricas em gordura, tendo estabelecido dieta restritiva, que evoluiu com quadro de dor no hipocôndrio direito e intolerância total a gorduras. Analiticamente, AST 453 U/L, ALT 827 U/L. A Ecografia abdominal mostrou “Fígado de ecoestrutura homogênea (...). Vesícula com bilis espessa, microlitíase e cálculos”. Foi submetida a colecistectomia: exame histológico compatível com colecistite crônica litíase, vários cálculos. Houve normalização das transaminases. Manteve emagrecimento lento (15 Kg), artralgias, cansaço que limitava a vida diária. Dois anos depois da cirurgia, AST 75 U/L, ALT 134 U/L, anticorpos: Ana positivo (+) (título 1:320), anti SL +, IGg R052 >320 U/ml, IGg SLA/LP +. A hepatite autoimune tipo 1 foi confirmada por biópsia: “fígado com fibrose portal moderada, septação fibrosa, esboço de ocasionais nódulos, arranjo pseudo-rosetoide, moderado infiltrado portal de predomínio mononucleado, com participação de alguns plasmócitos, com lesões de necrose de interface ligeiras, lesões necroinflamatórias intralobulares (...)”. Melhoria clínica com budenosida.

Conclusão

A colecistite crônica mascarou o quadro clínico e atrasou o diagnóstico. Após cirurgia, a elevação das transaminases ligeira, poderia ter sido desvalorizada. A clínica: cansaço permanente, incapacidade de ganhar peso, foi o mais importante para prosseguir a investigação diagnóstica. Concordamos com Bernard Lown, médico, professor emérito da Harvard School of Public Health que afirmou “a história clínica, em 75% das consultas, fornece informações suficientes para o diagnóstico, mesmo antes da realização do exame físico e da solicitação de exames complementares.” No entanto, uma meta-análise ao longo de 15 anos revelou maior prevalência de subutilização (44,8%) do que de superutilização (20%) de exames laboratoriais (ex lab). Este caso evidencia o valor e os benefícios trazidos pelos ex lab.

Acidose tubular renal- Caso clínico

Mónica Spencer Pereira; Sandra Sepúlveda; Daria Bem; Vera Cesário; Domingas Pereira; Pedro Costa

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO

Tema: Doenças renais

Introdução

Acidose tubular renal é uma síndrome clínica caracterizada por acidose metabólica hiperclorémica com anion gap sérico normal. Doentes são frequentemente assintomáticos, mas podem apresentar fraqueza muscular relacionada com hipocaliémia, nefrolitíase recorrente, distúrbios ósseos. Há 4 tipos, do tipo 1 ao tipo 4. Os tipos são distinguidos pela anormalidade específica da função renal, todos os tipos são incomuns, sendo tipo 4 a mais comum.

Caso clínico

Mulher de 81 anos, antecedentes pessoais de insuficiência cardíaca, perturbação depressiva, medicada com olanzapina 10 mg, brotizolam 0,25 mg, risperidona 3 mg, fluoxetina 20 mg, clorazepato dipotássico 5 mg. Recorre ao serviço de urgência por dispneia, à observação prostrada, gasimetria a 5l/min com acidémia respiratória com hipoxémia (pH 7,26, pCO₂ 77,4, HCO₃ 29, pO₂ 51, lac 0,6mmol/L). Análises sem anemia, neutrofilia, creatinina 1,37mg/dl, hipercaliémia de 5,78, PCR 2,8. Tomografia encefálica sem alterações, pesquisa de drogas na urina negativa. Iniciou antibioterapia com amoxicilina e ácido clavulânico assumindo-se infecção respiratória, tentativa de início de ventilação não invasiva que não tolerou. Durante o internamento doente referiu quadro sugestivo de Sjorgren que a própria tinha desvalorizado, realizou neste contexto cintigrafia das glândulas salivares compatível. Evoluiu com bicarbonato a atingir valores 72-79 e hipercaliémia. Apresentou paulatidamente melhoria gasimétrica com última avaliação HCO₃ de 58.

Discussão

A acidose tubular renal distal pode ser causada por distúrbios genéticos, doenças autoimunes, medicamentos, síndrome de Sjorgren, mieloma múltiplo, síndrome de Fanconi. Diagnóstico e tratamento precoce, identificar os distúrbios subjacentes podem prevenir o desenvolvimento da acidose tubular renal. É uma condição complexa, a intervenção precoce pode preservar a função renal e melhorar a qualidade de vida.

Massa do mediastino anterior e superior – manifestação incomum de doença rara

Catarina Tavora; Rita Santos Salgado de Oliveira; Helder Oliveira Coelho; Joana Rodrigues Dos Santos

HOSPITAL DE CASCAIS

Tema: Doenças raras

Introdução

A Neurofibromatose tipo 1 (NF1) é uma doença causada pela mutação da neurofibromina 1. Trata-se de uma doença genética autossómica dominante com incidência estimada de 1:3000 indivíduos. As características clínicas típicas são as manchas café com leite e a presença de neurofibromas.

Caso clínico

Apresenta-se o caso de uma mulher de 27 anos com NF1, com manchas café com leite como única manifestação conhecida até à data. De antecedentes familiares destaca-se pai com NF1.

Recorre a consulta externa de medicina interna por quadro com 3 meses de evolução de tosse seca e episódios de engasgamento frequentes (aquando da ingesta de sólidos e líquidos). Nega febre, perda ponderal, astenia, anorexia e dispneia.

Apresentava tomografia computadorizada (TC) do pescoço realizada em ambulatório com evidência de volumosa lesão nodular na região supraclavicular esquerda e no mediastino superior medindo aproximadamente 80x40x40mm, possivelmente em relação com doença linfoproliferativa. Sem outras alterações valorizáveis.

Sem alterações de relevo ao exame objectivo, nomeadamente sem adenopatias palpáveis e sem organomegalias.

Realizou TC toracoabdominopélvica que não mostrou outras lesões concomitantes, sem outras alterações.

Realizou biópsia por agulha que interessou uma proliferação celular, com aspetos sugestivos de uma neoplasia da bainha do nervo periférico – provável neurofibroma com atípia citológica, sem outras características de malignidade, neste material.

Encontra-se actualmente a aguardar cirurgia para excisão da massa.

Discussão

Os neurofibromas são o tipo mais comum de tumor benigno em doentes com NF1. Tratam-se de tumores da bainha dos nervos periféricos e podem-se apresentar como massas mediastínicas, habitualmente no mediastino posterior. Os doentes podem ser assintomáticos ou apresentar sintomas de compressão das vias aéreas ou esófago.

O risco de evoluir para uma lesão maligna na NF1 é maior em comparação com a população em geral pelo o que está indicado a sua remoção sempre que possível.

Tuberculose Disseminada: desafios diagnósticos perante clínica atípica e múltiplas comorbilidades

Carolina Carvalho da Silva; Maria Almeida Pinto; Carla da Silva; Inês Araújo; Maria Margarida Robalo; Carla Maravilha; Ana Paula Pacheco; Sofia Esperança

HOSPITAL DE BRAGA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A Tuberculose (TB) permanece uma das doenças infecciosas mais relevantes com significativa morbimortalidade em doentes cuja apresentação é atípica ou naqueles com múltiplas comorbilidades. A TB disseminada representa um desafio diagnóstico acrescido devido à sua apresentação clínica variada e inespecífica associada à sua reduzida prevalência.

Caso Clínico

Homem de 68 anos, antecedentes de silicose pulmonar, recorreu ao serviço de urgência por emagrecimento involuntário de 10% nos últimos 2 meses e anorexia. Ao exame físico, encontrava-se emagrecido e pálido. Os exames laboratoriais revelaram anemia normocítica e normocrômica, citocolestase hepática e elevação da proteína C reativa. A TC toraco-abdomino-pélvica evidenciou carcinomatose pericárdica, adenopatias pericardiofrenicas e hilomediastínicas, silicose pseudotumoral pulmonar com áreas de vidro despolido, hepatomegalia com nódulos hipodensos e área de rarefação óssea iliopúbica esquerda. A tomografia por emissão de positrões indicou múltiplas adenopatias hipermetabólicas cervicais, supraclaviculares, mediastínicas e abdominais superiores. Foram colocadas como hipóteses diagnósticas mais prováveis a metastização por neoplasia primária oculta e tuberculose disseminada. Os exames micobacteriológicos de três amostras de expectoração revelaram-se negativos. Realizada primeira biópsia ganglionar paratraqueal por ecoendoscopia transesofágica que revelou granulomas de células epitelióides com necrose. O exame cultural de uma segunda biópsia por ecoendoscopia transbrônquica mostrou-se positivo para *Mycobacterium tuberculosis* multissensível. Após três meses de terapêutica antibacilar, foi documentada significativa melhoria clínica, analítica e imagiológica.

Discussão

Este caso destaca a importância de realizar um diagnóstico diferencial abrangente, especialmente em pacientes com apresentações clínicas pouco específicas e fatores de risco para infecção por TB, sendo o sublinhado no caso a silicose pulmonar. Tratando-se de uma doença com bom prognóstico após instituição terapêutica adequada, o diagnóstico precoce torna-se crucial.

Palavras chaves

tuberculose disseminada, adenopatias

Pneumonia obstrutiva em doente com Leucemia Linfocítica Crónica

Bárbara da Cruz Ribeiro; Miguel Lourenço Varela; Ignacio Moreno; Luís Flores; Mirinelde Samson; Joana Geraldes Lopo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALGARVE

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

A pneumonia obstrutiva no contexto de infiltração neoplásica dos brônquios ocorre maioritariamente no contexto de tumores sólidos. É possível, embora raro, ocorrer infiltração por tumores hematológicos, nomeadamente blastos, sendo necessária alto grau de suspeição. A infiltração por blastos no contexto de leucemia linfocítica crónica (LLC) é raramente descrito na literatura.

Trata-se de um homem de 66 anos, previamente autónomo, que recorreu ao serviço de urgência da nossa unidade de saúde por cansaço fácil com 5 dias de evolução, desenvolvendo 2 dias depois dispneia e toracalgia, com agravamento no próprio dia.

Como antecedentes apresentava LLC tipo B (LLC-B), com bicitopenia e provável invasão medular, diagnosticada 2 semanas antes, sob corticoterapia, alopurinol e ácido fólico. Tinha realizado tomografia axial computadorizada (TAC) torácica na altura do diagnóstico, que revelou incontáveis adenopatias axilares, supraclaviculares e mediastínicas.

À admissão apresentava anemia (Hb 8,7 g/L), leucocitose ($211,1 \times 10^9/L$) e PCR aumentada (361 mg/L). Por suspeita de tromboembolismo pulmonar, foi solicitada angio-TAC, que revelou uma extensa consolidação do lobo inferior esquerdo. Durante o exame evolui para paragem cardio-respiratória, revertida no ciclo seguinte a entubação oro-traqueal. Seguiu-se hipoxemia refratária sob Fio2 100% em ventilação mecânica invasiva, objetivando-se significativa assimetria torácica. Na suspeita de atelectasia pulmonar, não relatada na angio-TAC, foi solicitada radiografia de tórax, que a confirmou. Admitiu-se diagnóstico de pneumonia obstrutiva, tendo-se procedido a broncofibroscopia, que revelou uma massa endoluminal obstrutiva extensa no brônquio principal esquerdo. Dado a rápida evolução no espaço de 2 semanas admitiu-se invasão brônquica por blastos, dado os antecedentes do doente. O doente veio a falecer nas horas seguintes, sem possibilidade de confirmação histológica.

Embora os exames imagiológicos sejam um complemento-chave no diagnóstico de apresentações clínicas complexas, o exame objetivo permite, tal como neste caso, manter um grau de suspeita elevado, possibilitando continuar a marcha diagnóstica, evidenciando uma situação mais grave e rara que a previamente tida em consideração.

Arterite de Células Gigantes: a importância da suspeita clínica

Daniela Baptista; Rita Mendes; Francisco Silva; Isabel Madruga

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LISBOA OCIDENTAL

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A Arterite de Células Gigantes (ACG) é uma vasculite que afeta artérias de médio e grande calibre, sendo causa de amaurose fugaz em adultos com mais de 50 anos. O diagnóstico precoce é fundamental para evitar complicações graves como neuropatia óptica isquêmica.

Homem de 58 anos, previamente saudável, desenvolve temperatura subfebril vespertina (37,5°C) com mal-estar geral, astenia progressiva e perda ponderal de 6 kg em dois meses. Evolui com mialgias cervicais, escapulares e dos membros inferiores, acompanhadas de fadiga muscular, limitando atividades diárias básicas. Após três meses refere episódios repetidos de amaurose fugaz de duração inferior a um minuto, com visão em túnel. Recorreu ao SU de oftalmologia cuja avaliação mostrou cruzamentos arteriovenosos patológicos e foi encaminhado para a medicina interna, onde o exame objetivo revelou dor à palpação muscular sem dor no território da artéria temporal e edema maleolar discreto, sem défices neurológicos. Analiticamente com elevação de parâmetros inflamatórios (PCR 16 mg/dL, VS 78 mm/h), sem elevação da CK e mioglobina.

Dada suspeita clínica de arterite de células gigantes, iniciou pulsos de metilprednisolona (1g/dia por três dias), seguida de prednisolona oral (1 mg/kg/dia). Apresentou melhoria clínica logo após o primeiro dia de corticoterapia com redução significativa das mialgias e melhoria da força muscular. Realizou eco-doppler das artérias temporais que confirmou o diagnóstico de ACG pelos critérios do American College of Rheumatology (11 pontos).

Recebeu alta com corticoterapia e profilaxia para pneumocistose e osteoporose e seguimento em consultas de Reumatologia e Medicina Interna.

Este caso reforça a necessidade de suspeição clínica de ACG em doentes com sintomas sistêmicos inespecíficos e elevação de parâmetros inflamatórios, e expõe a abordagem multidisciplinar entre a medicina Interna, oftalmologia e reumatologia que permitiu uma avaliação abrangente e tratamento precoce.

Casos Raros de Litíase Coraliforme

Ana Santos Costa; Beatriz Silva Sousa; Jennifer Conceição; António Lorena Pessoa; Daniela Brigas; Cristina Lopes; Eugénio Dias; Ermelinda Pedroso

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA ARRÁBIDA

Tema: Doenças renais

A litíase coraliforme é uma situação rara, mais comum em pessoas com mais de 50 anos e no sexo feminino. Cerca de 75% dos cálculos coraliformes são compostos por estruvite, com rápido crescimento e elevada probabilidade de infecção. Os principais fatores de risco incluem infeções urinárias recorrentes, uropatia obstrutiva e bexiga neurogénica. Esta condição está associada a elevada morbilidade e mortalidade, sendo essencial o tratamento cirúrgico. Seguidamente são apresentados dois casos clínicos.

O primeiro é de uma mulher de 38 anos com antecedentes de litíase renal e cistites recorrentes, que se apresenta ao Serviço de Urgência com dor no hipocôndrio direito, emagrecimento, astenia e anorexia. O estudo revelou anemia, leucocitose, elevação de marcadores inflamatórios, urina II com 500 Leucócitos/campo, cálculo renal direito (telerradiografia abdominal) e um extenso cálculo coraliforme, com 4,6 cm, ocupando seio renal direito (ecografia abdominal). Após 10 dias de antibioterapia, teve boa evolução clínica e analítica. Meses depois, regressou ao SU com sintomas semelhantes e febre elevada, sendo diagnosticada com sépsis, pielonefrite xantogranulomatosa e lesão renal aguda, o que levou a um internamento prolongado, colocação de nefrostomia e, posteriormente, nefrectomia total. O segundo caso é de um homem de 69 anos com antecedentes de litíase renal e infeções urinárias recorrentes, que se apresenta no SU com disúria e retenção urinária. O estudo revelou leucocitose, elevação de marcadores inflamatórios, e distorção arquitetural do rim esquerdo com cálculo coraliforme com 4,62 cm. Foi diagnosticado com pielonefrite aguda, tendo cumprido 7 dias de tratamento com ceftriaxona e evoluído bem. Teve alta sendo encaminhado para consulta de Urologia, para posterior intervenção cirúrgica.

Estes 2 casos ilustram a gravidade da litíase coraliforme, que frequentemente é assintomática até surgir com infeções urinárias complicadas, insuficiência renal grave e sépsis, colocando a vida em risco. A intervenção precoce é crucial para prevenir complicações. Parte superior do formulário.

Diagnóstico de policondrite recidivante: quando o óbvio passa despercebido

Inês de Amorim Pereira; Ana Martins Costa; Paulo Conceição; Beatriz Caldeira; Catarina Costa; João Araújo Correia

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÓNIO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A policondrite recidivante (PR) é uma doença inflamatória multissistémica que compromete a integridade do tecido cartilaginoso dos sistemas sensoriais, articular e respiratório. Outras manifestações, como cardiovasculares ou neurológicas, são menos comuns. Cerca de 1/3 dos doentes com PR, têm uma forma de vasculite ou doença reumática sistémica. O diagnóstico é clínico, podendo ser complementado por biópsia em casos de dúvida diagnóstica.

Caso Clínico

Mulher de 49 anos com história familiar de doença autoimune (irmã com espondilite anquilosante). Encaminhada para consulta de Medicina Interna por lombalgia e HLA B27 positivo. Referia queixas de lombalgia e de artralguas migratórias nas articulações interfalângicas dos pés, com características inflamatórias. Ao exame objetivo sem sinais de artrite/sinovite e manobras das sacroilíacas negativas. Estudo analítico e imunológico sem alterações de relevo, incluindo ANCA negativos. Ressonância magnética da coluna lombar e sacroilíacas sem alterações sugestivas de espondilartropatia inflamatória. Durante o seguimento referiu ter tido vários episódios de edema, dor e rubor dos pavilhões auriculares, poupando o lobo. Assumido então o diagnóstico de PR, tendo iniciado prednisolona 40mg/dia e posterior esquema de desmame com melhoria da clínica, mantendo-se assintomática até ao momento. Realizou estudo que excluiu atingimento de outros sistemas, nomeadamente valvulopatia cardíaca ou condrite das grandes vias aéreas.

Discussão

A PR, embora rara, é uma doença inflamatória progressiva que pode causar complicações graves e até mutilantes. O diagnóstico precoce e a adesão ao tratamento são fundamentais para evitar sequelas debilitantes ou doença ameaçadora de órgão. É também importante a exclusão de outras doenças autoimunes/autoinflamatórias ou até infecciosas que podem coexistir ou confundir-se com a PR.

Muito Além da Pneumonia: Uma Investigação Necessária

Miguel Rodrigues; Joana Simões; Alice Figueiredo; Diana Pedreira; Violeta Suruceanu; Beatriz Navarro; Ermelinda Pedroso

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA ARRÁBIDA

Tema: Doenças respiratórias

Introdução

A pneumonia é uma patologia frequentemente estudada na Medicina Interna. Apesar disso é importante ter em atenção que um mesmo conjunto de sintomas pode ser manifestação de várias doenças, por vezes em simultâneo.

Caso clínico

Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, 78 anos, com antecedentes de tabagismo significativo (82 UMA) e criação doméstica de pássaros. Foi admitido por início súbito de dispneia, toracalgia e tosse. Apesar de uma gasimetria arterial sem alterações relevantes, a radiografia torácica revelou hipotransparência na metade superior do campo pulmonar direito, com limites bem definidos. A tomografia torácica computadorizada mostrou condensação sistematizada no lobo superior direito, heterogênea, com áreas de hepatização e vidro despolido, além de broncograma aéreo junto ao hilo e um foco nodular de contorno irregular (16,5 mm x 17 mm) aderente à pleura, com espessamento pleural associado no lobo inferior direito.

Perante estes achados, considerou-se o diagnóstico de pneumonia obliterante e internou-se o doente para estudo das lesões. Durante o internamento, foi realizada broncofibroscopia ótica, que revelou uma lesão vegetante hipervascularizada ocluindo parcialmente o brônquio lobar superior direito. Foram colhidas biópsias, e o doente teve alta após completar antibioterapia com amoxicilina-ácido clavulânico e azitromicina, com melhoria clínica e laboratorial. Foi encaminhado para consulta de diagnóstico rápido de Pneumologia para investigação de provável neoplasia pulmonar.

Discussão

Este caso sublinha a necessidade de uma abordagem diagnóstica abrangente, integrando achados imagiológicos e fatores de risco individuais. Destaca ainda a importância de considerar patologias subjacentes graves perante quadros clínicos inicialmente sugestivos de infecção respiratória comum.

Duas Faces da Infecção: Pneumonia e Colecistite no Mesmo Paciente

Andrea Duarte; Inês Ferreira; Rute Mendes; Elena Pirtac; Francisca Delerue

HOSPITAL GARCIA DE ORTA, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A pneumonia e a colecistite são condições inflamatórias comuns, porém sua ocorrência simultânea pode indicar um quadro infeccioso sistêmico ou uma associação incomum entre infecções respiratórias e abdominais. A interação entre esses processos pode representar um desafio diagnóstico e terapêutico, exigindo uma abordagem multidisciplinar.

Caso Clínico

Mulher de 75 anos, parcialmente dependente com antecedentes pessoais de cardiopatia isquémica, AVC isquémico, DPOC, HTA. Com 2 internamentos recentes na cirurgia por colecistotomia complicado com abscesso abdominal submetida a drenagem. Recorreu por dispneia, tosse produtiva e dor abdominal. Foi diagnosticada internada por pneumonia esquerda nosocomial com derrame e insuficiência respiratória parcial. Cumpriu 7 dias de piperacilina/tazobactam. Toracocentese compatível com exsudado. Biopsia pleural negativa para malignidade e bacteriologia negativa. Endoscopia sem alterações e colonoscopia com diverticulose colónica. Por quadro compatível com abdomen agudo realiza TC-TAP compatível com colecistite crónica agudizada com peritonite avaliada neste contexto pela cirurgia sem indicação cirúrgica. Cumpriu antibioterapia empírica com boa resposta clínica e laboratorial. Reavaliação imagiológica com perfuração focal do fundo da vesícula biliar com curto trajeto fistuloso. Sem indicação cirúrgica de novo. Novo episódio complicado com abscesso da parede abdominal com drenagem de urgência e programada colecistectomia laparoscópica. Submetido a colecistectomia sem intercorrências.

Conclusão

A coexistência de pneumonia e colecistite pode indicar um estado infeccioso sistêmico ou representar uma relação patogénica entre os dois quadros. O reconhecimento precoce e a abordagem integrada são essenciais para o sucesso do tratamento e a prevenção de complicações. Este caso reforça a necessidade de uma avaliação abrangente em pacientes com infecção respiratória e sintomas abdominais

Endocardite infecciosa por agente incomum: relato de dois casos clínicos

João de Brito; Beatriz da Penha Coutinho; Daniela Cruz; Inês Fonseca Marques; Inês Pintassilgo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A endocardite infecciosa (EI) é uma infeção do endocárdio, que afeta frequentemente válvulas ou dispositivos intracardíacos. Apresenta elevada morbimortalidade, sobretudo quando associada a complicações. *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* do grupo *viridans* e *Enterococcus* são os agentes etiológicos mais comuns, embora bactérias gram-negativas, como a *Escherichia coli* (*E. coli*) correspondam a cerca de 2% das infeções.

Os autores apresentam o caso clínico de uma mulher de 60 anos portadora de pacemaker e diabética, que apresentava quadro com seis meses de evolução de anorexia, perda ponderal, febre vespertina e artralgias. Foi internada por quadro com sete dias de diarreia e vômitos biliosos, com evolução para choque séptico. As hemoculturas revelaram *E. coli* e o ecocardiograma transtorácico (ETT) identificou vegetação aderente ao eletrocateter ventricular, confirmando o diagnóstico de EI associada a dispositivo intracardíaco. Procedeu-se à remoção do pacemaker e cumpriu antibioterapia com ceftriaxone e gentamicina durante oito semanas, com hemoculturas de controlo negativas.

O segundo caso retrata uma mulher de 80 anos, com úlcera sagrada crónica e múltiplos fatores de risco cardiovasculares. Foi internada por acidente vascular cerebral (AVC) isquémico do cerebelo e choque séptico, sendo apurada bacteriémia a *E. coli*. No ETT, foi identificada uma vegetação e abscesso na válvula mitral, admitindo-se AVC secundário a embolização séptica. Foi ponderada realização de intervenção cirúrgica, recusada pela própria doente. Assim, cumpriu antibioterapia com ampicilina e ciprofloxacina, durante oito semanas, com hemoculturas de controlo negativas.

A endocardite infecciosa por *E. coli* é rara e, embora possivelmente subdiagnosticada pela sua apresentação atípica, associa-se a doentes idosos, imunocomprometidos ou com dispositivos intracardíacos. A embolização séptica é uma complicação grave que pode ser responsável por eventos isquémicos. O diagnóstico precoce e a antibioterapia adequada são essenciais para reduzir a mortalidade, reforçando a importância de agentes incomuns serem considerados na abordagem da doença.

Défice de Vitamina B12 como Stroke Mimic: Relato de Caso

Beatriz Teixeira Lima; Bárbara A. M. Baptista; Ana Catarina Camarneiro; André S. Carvalho; Ricardo Rocha Gomes; Susana Magalhães

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO MONDEGO

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Stroke mimics são sintomas neurológicos semelhantes a um acidente vascular cerebral (AVC), com uma etiologia distinta. A rápida identificação é crucial para evitar intervenções desnecessárias e instituir tratamento adequado. O défice de vitamina B12 (B12) pode causar manifestações neurológicas severas, como disfunção cognitiva, ataxia, neuropatia periférica e mielopatia, sendo raramente reconhecido como *stroke mimic*.

Homem de 66 anos trazido pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação, por via verde AVC após episódio de síncope presenciada. Ao exame físico apresentava de novo disartria, agitação, desorientação, hipertensão arterial e incontinência urinária. Como antecedentes, diabetes *mellitus* e tabagismo. A tomografia computadorizada cranioencefálica (TC-CE) excluiu lesões isquémicas ou hemorrágicas agudas, apenas leucoencefalopatia isquémica periventricular, compatível com microangiopatia crónica. As análises mostraram anemia megaloblástica, com B12 inferior a 100 pg/mL. Foi estabelecido o diagnóstico de défice severo de B12 como a causa do quadro neurológico dada a recuperação neurológica completa após reposição.

Este caso destaca a deficiência de B12 como diagnóstico diferencial relevante em doentes com sintomas neurológicos agudos sugestivos de AVC. A associação entre défice de B12 e manifestações neurológicas ocorre devido à disfunção na síntese de mielina, levando a desmielinização da substância branca e disfunção neuronal e sendo outro mecanismo de isquémia o aumento da homocisteína. A anemia megaloblástica é uma pista diagnóstica fundamental, especialmente quando associada a sintomas neurológicos. Reforça-se a necessidade de incluir o défice de B12 no diagnóstico diferencial de AVC, particularmente naqueles sem achados imagiológicos sugestivos. A suplementação precoce previne complicações irreversíveis e melhora significativamente o prognóstico neurológico do doente.

Do Sorriso à Urgência: O Pneumotórax Causado pela Peça Dentária Perdida

Lumira Marques; Mafalda Hipólito Reis; Stella Cortes Verdasca; Tereza Veloso

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALENTEJO CENTRAL

Tema: Doenças respiratórias

Introdução

A abordagem de um paciente com politraumatismo exige raciocínio clínico rápido e organizado. A estabilização do paciente é prioritária, seguida de uma avaliação detalhada das lesões e exames complementares para identificar complicações.

Caso clínico

Homem, de 68 anos sem antecedentes pessoais de relevo, além de um acidente de aviação há 4 anos que resultou na perda de peças dentárias, ex fumador, com cessação tabágica após acidente (80 UMA), que recorre ao serviço de urgência por suspeita de pneumotórax após primeira avaliação em cuidados de saúde primários.

Sintomatologia caracterizada por quadro de dor torácica, que agrava a inspiração profunda, associada a dispneia a pequenos esforços, com tosse seca e 2 dias de evolução. Nega febre, sintomas constitucionais, sintomas do foro gastrointestinal ou geniturinário.

Dos MCDTs realizados, analiticamente, sem anemia, leucocitose ou neutrofilia, PCR 1,2 mg/dL e troponina 3,35 ng/L. Salientava NT-ProBNP (1330 mg/dL). Gasimetria em ar ambiente com hipoxemia (pO₂ 41 mmHg). A TC de tórax revelou pneumotórax hipertensivo e a presença de um corpo estranho (12 mm) no brônquio intermédio. Realizada drenagem torácica sem intercorrências. Já em internamento realiza broncofibroscopia que documenta, bronquite crónica e é observado um corpo estranho que ocupava 60% do lúmen do brônquio intermédio, pelo que se procedeu à sua remoção, confirmando-se ser uma peça dentária. Teve alta com melhoria clínica encaminhado a consulta para seguimento de patologia pulmonar.

Conclusão

A abordagem correta do diagnóstico diferencial, bem como uma avaliação sistemática perante um doente com politraumatismo permite o diagnóstico correto com minimização de complicações futuras para o doente.

Acetazolamida na Insuficiência Respiratória Tipo 2: Um Recurso Terapêutico Subestimado?

Inês Marques da Silva; Sara Dias; Sara Guerreiro Castro; Ana Catarina Rodrigues

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças respiratórias

Introdução

A acetazolamida, um inibidor da anidrase carbónica (AC), é amplamente utilizada no tratamento do glaucoma, da doença da altitude e de algumas formas de epilepsia. No entanto, o seu papel na modulação do equilíbrio ácido-base tem suscitado interesse em contextos menos convencionais. Este caso sublinha a utilidade da acetazolamida no tratamento de doentes com hipercapnia associada a alcalose metabólica, alargando as suas indicações.

Caso Clínico

Doente do sexo feminino, 80 anos, com síndrome de obesidade-hipoventilação, hipertensão arterial, doença renal crónica e insuficiência cardíaca. Admitida por tosse e dispneia com 2 dias de evolução. Ao exame objetivo, apresentava-se sonolenta com broncospasmo bilateral à auscultação pulmonar. A gasimetria arterial revelou alcalose metabólica com hipercapnia (PaCO_2 33 mmHg, HCO_3^- 66) e o RX tórax sinais de estase bilateral. Iniciou oxigenoterapia e broncodilatadores, verificando-se um agravamento da insuficiência respiratória (IR) tipo II (PaCO_2 85 mmHg, HCO_3^- 49) e persistência de sonolência. Instituiu-se ventilação não invasiva (VNI), no entanto a doente apresentou má adaptação à BiPAP. Por manter bicarbonato sérico elevado e hipercapnia severa, introduziu-se acetazolamida, verificando-se evolução clínica favorável a partir do dia seguinte, com redução progressiva da PaCO_2 e normalização do HCO_3^- , apresentando à data de alta PaCO_2 43 e HCO_3^- 32.

Discussão

Na IR tipo 2, a retenção crónica de CO_2 leva à compensação renal com reabsorção de bicarbonato, podendo causar alcalose metabólica secundária. Esta alcalose reduz o estímulo ventilatório, agravando a retenção de CO_2 . A acetazolamida, ao inibir a AC, promove a excreção de bicarbonato, induzindo uma acidose metabólica leve, que restaura o estímulo ventilatório.

Este caso destaca a importância da acetazolamida como alternativa terapêutica em doentes intolerantes à VNI, permitindo a estabilização sem necessidade de suporte ventilatório invasivo.

Sinal do Halo em jovem imunocompetente - um espectro de várias doenças pulmonares

Guilherme Jesus; Catarina Salvado; Ana Rita Melo; Raquel Barreira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Doenças respiratórias

Introdução

O Sinal do Halo é um sinal radiológico que descreve uma resposta inflamatória ao redor de uma lesão central no pulmão. Numa tomografia axial computadorizada (TAC) esta resposta inflamatória é caracterizada pela presença de áreas circundantes em vidro despolido. Uma das suas causas mais frequentes é a Aspergilose invasiva, no entanto, está associada a um variado espectro de doenças pulmonares como as provocadas por micobactérias, neoplasias, abscessos, enfartes pulmonares, vasculites, necrose, entre outras.

Caso Clínico

Mulher de 36 anos, previamente saudável, admitida no Serviço de Urgência por quadro com 5 dias de evolução de astenia, mialgias e tosse seca associado recentemente a febre com intervalos cada vez mais curtos. Negou perda de peso, dispneia e hemoptises. À observação encontrava-se hemodinamicamente estável, sudorética, febril (38.6°C) e sem insuficiência respiratória. Analiticamente com aumento franco dos parâmetros inflamatórios e hiponatremia ligeira. Telerradiografia e TAC Tórax evidenciaram uma lesão nodular escavada no lobo superior direito, com parede espessa e irregular, com extensão para o lobo inferior direito. Diâmetro máximo de 4,3 cm, com densificações em vidro despolido ao seu redor, indicando o “sinal do halo”. Exames microbiológicos (incluindo aspergilose e VIH), antigenúrias e vírus respiratórios negativos. Estudo imunológico e serológico sem alterações. VS 106 mm/Hr. Baciloscopias positivas (exame cultural) para *Mycobacterium Gordoniae*, agente frequentemente considerado como contaminante e não patogénico. Discutido multidisciplinarmente, os achados clínicos e imagiológicos tendo sido assumido como um provável abscesso pulmonar. Iniciado Amoxicilina/Ácido Clavulânico durante 3 semanas com marcada melhoria clínica e radiológica.

Discussão/Conclusão

Apesar de ser um sinal não específico, observado em várias doenças pulmonares, como as de origem infecciosa, neoplásica e inflamatória, é fundamental que os radiologistas e médicos internistas estejam familiarizados com este sinal. As configurações clínicas e características radiológicas associadas desempenham um papel essencial na redução do diagnóstico diferencial, um elemento crucial para a otimização do tratamento da patologia subjacente.

UM CASO DE PANCREATITE AGUDA NECROTIZANTE SEM ELEVAÇÃO DA LIPASE SÉRICA

Madalena Barradas; Margarida Vidal Grilo; Teresa Romão; Isabel Madruga; Carolina Correia

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, EPE / HOSPITAL EGAS MONIZ

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Introdução

A pancreatite aguda necrotizante é uma condição potencialmente fatal que se desenvolve em cerca de 15-20% dos doentes com pancreatite aguda. Os critérios diagnósticos baseiam-se na presença de dor abdominal típica, elevação sérica da lipase/amilase e achados imagiológicos.

Caso Clínico

Homem de 73 anos, previamente autónomo, com antecedentes de cardiopatia isquémica, dislipidemia, hipertensão arterial e hábitos alcoólicos. Recorre ao serviço de urgência por quadro com 3 dias de evolução de dor abdominal epigástrica com irradiação dorsal em cinturão. À admissão, febril, hemodinamicamente estável, com saturação periférica adequada, distensão e dor abdominal à palpação dos quadrantes superiores. Analiticamente, sem leucocitose, PCR 28.9 mg/dl, AST 22 U/L, ALT 14 U/L, GGT 58 U/L, Amilase 67 U/L, Lipase 40 U/L, LDH 546 U/L. Ecografia abdominal sem alterações. Foram colhidas hemoculturas, iniciada antibioticoterapia empírica com ceftriaxone e metronidazol e foi internado para prosseguimento de estudo etiológico. Realizou TC-TAP com aspectos sugestivos de pancreatite aguda, com densificação dos planos peripancreáticos, presença de líquido e necrose. Assumiu-se o diagnóstico de pancreatite aguda necrotizante (score Ranson 2), manteve antibioticoterapia e iniciou fluidoterapia. Ao 17º dia de internamento, por manutenção de febre e subida de parâmetros inflamatórios, repetiu TC-TAP, com evidência de extensa coleção peripancreática com presença de ar no seu interior. Realizada drenagem ecoguiada da coleção. Exame cultural com isolamento de *Enterococcus faecium*, *Escherichia coli* ESBL e *Klebsiella pneumoniae* KPC, tendo cumprido 15 dias de ceftazidima-avibactam e linezolid dirigidos, com franca melhoria clínica e analítica.

Discussão

Este caso clínico evidencia a imprevisibilidade de apresentação clínica da pancreatite aguda, bem como da sua evolução, com possível surgimento de complicações e necessidade de procedimentos invasivos.

Anemia em Pluripatologia autoimune

Beatriz Pacheco Moreira¹; Natália Lopes²; Sónia Carvalho¹; João Pedro Moreira¹; Fernando Salvador¹

¹ CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, EPE / HOSPITAL DE VILA REAL

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

Hipotiroidismo e Défice de vitamina B12 são duas causas conhecidas de anemia. Também, após o primeiro diagnóstico de Doença Autoimune, a probabilidade de diagnóstico de uma segunda aumenta significativamente. Este caso combina estes dois factos, por demonstrar uma situação em que a anemia pode ser atribuída tanto ao Hipotiroidismo associado a Tiroidite de Hashimoto, como ao Défice de Vitamina B12 associado Gastrite autoimune.

Caso clínico

Doente do sexo feminino, 65 anos, com antecedentes de Tiroidite de Hashimoto, que terá interrompido Levotiroxina por iniciativa própria.

Recorre ao serviço de urgência por quadro de anorexia, astenia e perda progressiva de autonomia com 5 meses de evolução. Refere perda ponderal de cerca de 20kgs no mesmo período, náuseas e parestesias das mãos com limitação da mobilidade.

Na admissão, o estudo a revela Anemia Megaloblástica, neutrófilos hipersegmentados, reticulocitose, LDH e Haptoglobina aumentadas, TSH 88 mIU/L e diminuição de ácido fólico e vitamina B12.

No internamento, a doente inicia suplementação intramuscular de vitamina B1, oral de ácido fólico e tratamento com Levotiroxina, com normalização progressiva da função tiroideia.

O estudo em internamento, revelou anticorpo anti células parietais positivo e Endoscopia Digestiva Alta com achados sugestivos de gastrite autoimune. A Eletromiografia foi compatível com Neuropatia Carencial grave.

Apesar do tratamento, a doente manteve diminuição dos níveis de funcionalidade e mobilidade, pelo que iniciou reabilitação e fisioterapia, e foi referenciada para Unidade de Cuidados Continuados/ Convalescença para continuação de cuidados. Mantém suplementação de vitamina B12, ácido fólico e tratamento com Levotiroxina.

Discussão

A abordagem multifatorial da anemia nunca deve ser ignorada, dado que existe sempre a possibilidade de haver mais do que uma causa tratável para a mesma. O tratamento atempado poderá permitir uma recuperação mais célere do ponto de vista clínico e funcional.

A febre nem sempre é de etiologia respiratória ou urinária

ANA MONDRAGAO; Pedro Magalhães; Rosélia Lima; Rafaela Veríssimo

CH VILA NOVA GAIA

Tema: Medicina geriátrica

Doente 78 anos, com antecedentes diabetes mellitus, hipertensão arterial e neoplasia da próstata em remissão e sem contactos recentes com os serviços de saúde; recorreu ao SU por febre e hipersudorese noturna. Observado pelo mesmo motivo 3 dias antes no Serviço de Urgência, realizou tomografia cerebral que não tinha alterações e teve alta com provável síndrome gripal e lipotímia.

Negava queixas focalizadoras de infeção, apenas com temperatura acima de 38°C e hipersudorese noturna com necessidade de mudar o pijama 3 vezes durante a noite.

Realizou estudo analítico com proteína C reativa de 21mg/dL. Radiografia torácica sem alterações de relevo e sedimento urinário com leucocitúria.

Foi pedida ecografia abdominal que identificou “volumosa lesão hipodensa de 6 x 5 cm no lobo hepático direito, de contornos mal definidos e irregulares, de aspeto heterogéneo com áreas hipodensas internas e reforço acústico posterior, suspeita de traduzir abscesso hepático; identificam-se outras pequenas lesões hipodensas dispersas no lobo hepático direito até 15 mm, com a mesma natureza provável”.

O doente iniciou antibioterapia de largo espectro e fez drenagem eco guiada por Radiologia de Intervenção, com resultado de *Klebsiella Pneumonia* nos culturais de sangue e punção aspirativa do abscesso hepático.

A febre nos doentes geriátricos é frequentemente atribuída a infeções respiratórias ou urinárias mesmo com discretas alterações nos meios complementares de diagnóstico, principalmente em contexto de serviço de urgência com afluência elevada de doentes e em picos sazonais de infeções respiratórias. No entanto, quando não há clínica evidente que direcione o diagnóstico é fundamental adotar uma abordagem sistemática e invasiva para identificar possíveis causas subjacentes. Este caso destaca a importância de não assumir causas comuns de febre nos idosos sem uma investigação criteriosa. A ausência de clínica focalizadora não deve ser um fator limitante na pesquisa de infeção. Nos idosos a apresentação atípica de doenças graves exige um elevado grau de suspeição clínica, e a identificação precoce permite uma abordagem terapêutica adequada reduzindo a mortalidade e morbilidade associadas. É necessário adotar uma abordagem proativa e a valorização de exames de imagem quando a clínica não sugere um foco evidente.

Platipneia-Ortodeoxia, um diagnóstico desafiante

Catarina Artilheiro; Lourenço Aguiar; Bruno Sousa; Andreia Nunes; Otília Simões

HOSPITAL GARCIA DE ORTA, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

A Síndrome Platipneia-ortodeoxia (SPO) é uma síndrome rara manifestada por dispneia e dessaturação arterial em ortostatismo, requerendo uma elevada suspeição clínica. Os mecanismos fisiopatológicos da SPO, na maioria dos casos, consistem na presença de um *shunt* intracardíaco associado a um fator secundário, anatómico ou funcional, potenciador do *shunt* na posição ortostática, levando a uma dessaturação arterial.

Caso Clínico

Homem de 83 anos, com antecedentes de Insuficiência Respiratória Tipo 1 sob Oxigenoterapia de Longa Duração 1.5L/min de etiologia desconhecida, Acidente Vascular Cerebral Isquémico lacunar e Aneurisma da Aorta Ascendente (56 mm). Foi internado em contexto de Insuficiência Respiratória Tipo 1 agudizada (gasometria em ar ambiente: pCO₂ 30.0 mmHg; pO₂ 43.6 mmHg; sat. O₂ 83.8%), submetido Ventilação Não Invasiva com FiO₂ 90% de difícil desmame. Do estudo realizado, foi excluída etiologia infecciosa, doença parenquimatosa e do interstício pulmonar, tromboembolismo pulmonar e insuficiência cardíaca. Durante o internamento, verificou-se a correção da sua insuficiência respiratória com o decúbito, levantando-se a hipótese de SPO. Realizou um ecocardiograma transesofágico, que confirmou um Aneurisma do Septo Auricular e um *Foramen Ovale* Patente (FOP), com passagem de bolhas pelo mesmo na injeção de soro agitado. Considerou-se o aneurisma da aorta como o fator potenciador do *shunt* intracardíaco. Realizou-se o encerramento percutâneo do FOP com sucesso, que corrigiu a insuficiência respiratória.

Discussão

Perante Insuficiência Respiratória tipo 1 refratária e excluídas as etiologias mais frequentes, dever-se-á levantar a hipótese de SPO. Por sua vez, alterações anatómicas da aorta (dilatação, aneurisma ou distorção), frequentes em idosos, podem levar a compressão da aurícula direita, facilitando o *shunt* intracardíaco pelo FOP, que de outra forma seria inocente.

Caso clássico de Hipertensão Intracraniana Idiopática

Ana Carolina Oliveira; Catarina Lourenço Rodrigues; Aida Valdez; Raul Barata; Daniela Batista; Miguel Gonçalves; Paulo Simão; Céu Evangelista; João Corrêa; Luís Pinto; André Leitão; Célia Tuna; Miguel Castelo Branco

CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA, EPE / HOSPITAL DISTRITAL DA COVILHÃ

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

A Hipertensão Intracraniana idiopática (HII) apresenta-se comumente com cefaleia e papiledema à fundoscopia e é mais comum em mulheres jovens com obesidade.

Caso clínico

Mulher de 26 anos com antecedentes de excesso de peso, ansiedade e nódulos de Schmorl. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por diplopia binocular, com 1 dia de evolução, e um quadro de visão turva e cefaleia holocraniana com agravamento matinal com 15 dias de evolução. Antes de recorrer ao SU, ainda sem diplopia, já teria sido avaliada por optometrista, com diagnóstico de astigmatismo e correcção com óculos, sem melhoria dos sintomas. Terá recorrido também a consulta de Otorrinolaringologia (ORL), na qual exclui patologia vestibular.

Ainda no SU, foi detectado nistagmo provocado pelo olhar extremo direito e sem outras alterações ao exame objectivo. Sem alterações analíticas ou em Tomografia computadorizada crânio-encefálica (TC-CE).

Internada no serviço de Medicina Interna para investigação etiológica, foi realizada VenoTC-CE e Ressonância Magnética CE sem alterações de relevo, bem como estudo auto-imune e serologias de HIV e Sífilis, negativos. Após avaliação pluridisciplinar por Neurologia e Oftalmologia, identificou-se paresia do VI par craniano e papiledema bilateral na fundoscopia, pelo que foi levantada a hipótese de HII. Realizada Punção Lombar com manometria com saída de líquido claro, com pressão de abertura 42 cm/H₂O (normal < 25cm/H₂O) que confirmou o diagnóstico. A análise do líquido cefalorraquidiano revelou-se inocente. Assim, assumiu-se diagnóstico de HII. Iniciou tratamento com Acetazolamida e topiramato com melhoria franca e progressiva das alterações visuais e cefaleia. Atualmente é seguida em consulta de Medicina e Neurologia já sem diplopia.

Discussão

Consideramos este caso interessante pela sua raridade e permitiu a observação do caso clássico de HII. O diagnóstico, como mais frequente, ocorreu em mulher jovem com excesso de peso.

Sarcoidose com Envolvimento Sistêmico: Diagnóstico Diferencial no Adulto Jovem

Ana Maria Baltazar; Liliia Savka; Joelma Mendes; Ana Sofia S. Soares; Marta Barbosa; Inês Carvalho Santos; Nuno Reis Carreira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A sarcoidose é uma doença inflamatória granulomatosa de etiologia desconhecida, comum no adulto jovem. A apresentação clínica é variável, dificultando o diagnóstico precoce, especialmente nos casos com envolvimento sistêmico. Este caso destaca a importância do diagnóstico diferencial entre sarcoidose e doenças linfoproliferativas, realçando a importância da marcha diagnóstica e da abordagem multidisciplinar.

Caso clínico

Doente do sexo feminino, 31 anos, com história de perda ponderal, artralguas, alopecia e tumefação cervical direita com 1 ano de evolução. Apresentava lesões cutâneas na face, braços e dorso. Exames laboratoriais a revelar trombocitopenia, leucopenia, hipergamaglobulinemia e folatopenia. A ecografia cervical revelou adenopatias suspeitas de doença linfoproliferativa. A TC-TAP evidenciou micronodularidade pulmonar, linfadenopatias em territórios múltiplos e lesões nodulares hepáticas e esplênicas, sugerindo também doença linfoproliferativa. A doente foi internada para investigação, com resultados negativos para autoimunidade, VIH, EBV e IGRA. A enzima conversora da angiotensina encontrava-se elevada (423U/L). Biópsias ganglionares e cutâneas revelaram granulomas não necrotizantes, confirmando sarcoidose. A cintigrafia com gálio-67 mostrou “sinal do panda”. A consulta oftalmológica descartou envolvimento ocular. Foi iniciado tratamento com metotrexato e corticoterapia, com melhoria clínica significativa.

Discussão

A sarcoidose deve ser considerada no diagnóstico diferencial de adenopatias. O diagnóstico é confirmado pela presença de granulomas não necrotizantes, e a cintigrafia com gálio-67 é útil para avaliar o envolvimento sistêmico. O tratamento com corticosteróides e metotrexato tem mostrado eficácia. Este caso sublinha a importância do diagnóstico precoce e de uma abordagem multidisciplinar.

Da emergência ao internamento: o papel da ecografia abordagem integrada do tamponamento cardíaco

Pedro Maia Neves; Sofia de Almeida; Rui Flores Ribeiro; Margarida França

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÓNIO

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução

O tamponamento cardíaco é uma emergência médica potencialmente fatal, exigindo diagnóstico e intervenção rápidos. A ecografia à cabeceira do doente tem um papel crucial na identificação precoce e monitorização do derrame pericárdico, permitindo uma abordagem mais precisa e segura.

Caso clínico

Mulher, 59 anos, com vinda ao serviço de urgência por dor abdominal tendo realizado TC com documentação de derrame pericárdico de grande volume e trombose da veia porta. Durante a observação, desenvolveu tríade de Beck (hipotensão, apagamento dos sons cardíacos e turgescência venosa central) tendo sido submetida a pericardiocentese.

Após 72h em Unidade de Cuidados Intermédios, é transferida para enfermaria face à ausência de recrudescimento de líquido pericárdico.

Durante a evolução na enfermaria foi mantida a vigilância regular do líquido pericárdico por ecografia à cabeceira da doente. Estudo complementar a destacar lesão reticulada do mediastino médio parecendo envolver as paredes do brônquio principal direito. Da amostra recolhida do líquido pericárdico foi identificado adenocarcinoma provavelmente pulmonar com mutação do exão 19 do EGFR (A750del). PET a mostrar sinais de envolvimento medular/ósseo. Ausência de evidência de metastização cerebral. ECOG 1.

Revedo a história, constatado tabagismo passivo com convivente, podendo ser este o principal fator de risco para o quadro.

Iniciada quimioterapia paliativa com osimertinib (inibidor da atividade da tirosina quinase do EGFR).

Conclusões

A capacitação de internistas em ecografia à cabeceira do doente, permite a vigilância regular da evolução dos líquidos de cavidades serosas e a sua incorporação no registo diário. Adicionalmente e apesar do contexto de emergência é de crucial importância a análise dos líquidos extraídos do paciente tendo neste caso evitado-se uma broncofibroscopia.

Complicações no internamento - relato de um caso clínico

Ana Isabel Bezerra Machado; Diana Chaves; Ricardo Pedrosa; Francisco Matos; Francisco Gonçalves; Luísa Pinto; Paulo Gouveia

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Organização, gestão e qualidade de serviços de saúde

A hospitalização não é uma situação inofensiva e pode resultar em complicações que influenciam o prolongamento do internamento, a deterioração do estado geral do doente ou até mesmo levar à sua morte. As quedas em ambiente hospitalar são frequentemente subestimadas nos registos, especialmente se não advirem consequências graves. Apresenta-se o caso de um doente internado por cetoacidose diabética que sofreu uma queda com traumatismo crânio-encefálico (TCE) durante o internamento.

Homem, 52 anos, parcialmente dependente, com Síndrome de Fahr e Diabetes Mellitus tipo 2 mal controlada, pouco cumpridor de terapêutica e vários internamentos por cetoacidose no último ano. No 3º dia apresentou queda não presenciada, presumível TCE, apesar de indicação para contenção física.

Realizou tomografia computadorizada do crânio (TAC CE) - 'área de contusão hemorrágica frontobasal com focos hemorrágicos temporais anteriores e temporobasal direito. Coexistem pequenos hematomas subdurais agudos frontal esquerdo e frontotemporoparietal direito.' Avaliado por Neurocirurgia: sem indicação para procedimento cirúrgico, apenas para repetição de TAC CE às 24 horas.

Cerca de duas horas depois, apresentou crise convulsiva com dois episódios de paragem cardiorrespiratória, revertidas com suporte básico de vida. Após retorno à circulação espontânea com Glasgow de 8 (O1V2M5). Por Medicina Intensiva, apesar da idade jovem, doente com comorbilidades importantes e alto grau de dependência psíquica e física, pelo que não beneficiaria de admissão neste serviço. Apesar das medidas instituídas posteriormente, o doente evoluiu desfavoravelmente e acabou por falecer no dia seguinte.

Até cerca de 10% dos doentes experimenta complicações num internamento, principalmente infeções nosocomiais, distúrbios hidroeletrólíticos e *delirium*. Um doente pode apresentar mais de uma complicação, especialmente em internamentos prolongados. Estes dados provavelmente estão subestimados, tendo em conta a uma população idosa, com muitas comorbilidades, em doentes polimedicados e em que cada ação terapêutica pode ter várias consequências e interações.

Este caso deve reforçar a importância da prevenção de quedas e supervisão adequada dos doentes durante a sua hospitalização, assim como para os outros riscos associados ao internamento.

Dengue: Diagnóstico e Orientação

Sara Vasconcelos Teixeira; Ana Melício; Hélder Gonçalves; Mariana Dias; Inês Parreira; João Madeira Lopes; António Martins Baptista

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, EPE / HOSPITAL DE SANTA MARIA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A dengue, uma infecção viral transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*, é caracterizada por febre, dor intensa, mialgia e erupções cutâneas. A prevalência da doença tem aumentado devido à globalização e mudanças climáticas. Existem quatro serotipos do vírus da dengue, sendo o DENV-2 um dos mais prevalentes e frequentemente associado a formas graves da doença, como a dengue hemorrágica e o choque. O diagnóstico precoce, o tratamento sintomático e a vigilância são essenciais para evitar complicações graves.

Jovem brasileira, 23 anos, a fazer mestrado em Portugal, viagem recente ao Brasil, recorreu ao Serviço de Urgência por quadro febril com mialgias, dor retro-orbitária e dor abdominal com 4 dias de evolução. Exame objectivo sem alterações. Análises com leucopenia e trombocitopenia, elevação das enzimas hepáticas e Ag Dengue positivo. Posteriormente identificado serotipo DENV-2. A doente cumpriu hidratação intravenosa vigorosa e medicação sintomática com melhoria e vigilância clínica e laboratorial com evolução favorável.

O diagnóstico de dengue é clínico, baseado nos sintomas característicos e na história de exposição ao vetor. A presença de leucopenia, trombocitopenia e aumento das enzimas hepáticas são achados laboratoriais comuns. O tratamento consiste na hidratação, controlo da febre e vigilância de sinais de evolução para formas graves. A infecção por DENV-2 é frequentemente associada a formas graves, especialmente em indivíduos com infecção anterior por outro serotipo, devido à amplificação da resposta imunológica. A identificação precoce das complicações e a vigilância são cruciais para a redução da morbilidade e mortalidade associadas a este sorotipo. A prevenção continua a ser a principal estratégia, com controlo do vetor e educação da população.

Síncope como Apresentação Inusitada de Linfoma: Um Diagnóstico em Contexto de Urgência

Pedro Maia Neves; Sofia de Almeida; Vital da Silva Domingues

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÓNIO

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução

A síncope é uma manifestação clínica comum na urgência, geralmente associada a causas neuromediadas, cardíacas ou ortostáticas. O RX tórax deve fazer parte da sua abordagem inicial permitindo identificar alterações anatómicas. Apesar de ser uma causa rara, a sua associação com massas mediastínicas deve ser considerada.

Caso Clínico

Homem, 33 anos, natural do Canadá e de férias em Portugal. Vinda ao serviço de urgência por síncope com o ortostatismo. Durante a avaliação inicial eletrocardiograma sem alterações. Durante a avaliação constada repetição de mais dois episódios. Realizou RX torax tendo-se identificado um alargamento do mediastino que foi caracterizado por TC. Documentada imagem volumosa com 68x62x98 mm de contornos bem definidos localizada anteriormente na região do tronco e ramo esquerdo da artéria pulmonar. Considerou-se compressão vascular como potencial mecanismo causal da síncope.

Dado o contexto de seguradora internacional, o doente foi transferido para o Canadá, onde a biópsia confirmou linfoma, permitindo um tratamento dirigido.

Conclusão

Este caso destaca a necessidade de uma abordagem sistemática e meticulosa da síncope, sobretudo em episódios recorrentes sem etiologia evidente. A presença de massas mediastínicas deve ser considerada no diagnóstico diferencial, uma vez que podem desencadear síncope por compressão vascular. A RX-Tórax desempenham um papel essencial na deteção precoce de achados inesperados, permitindo diagnósticos críticos em contexto de urgência

Da teoria à prática: um abscesso hepático desmascarado pela literatura

Joana Araújo Correia; António Leão; Lourenço Aguiar; Paulo Reisinho; Vilma Laís Grilo; Ana Luísa Broa

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

O *Streptococcus intermedius* faz parte da flora humana comensal do trato gastrointestinal. No entanto, também pode ser um agente de infeção em múltiplos locais, com um grau de gravidade variável.

Homem de 79 anos recorre à Urgência por quadro de náuseas, febre intermitente e calafrios desde há 2 dias. Negava vómitos ou alteração do padrão intestinal. Na admissão, apresentava febre, hipotensão e dor à palpação da fossa ilíaca esquerda, sem defesa. Foi assumida sépsis de provável ponto de partida intra-abdominal e ficou internado. Após colheita de culturas, iniciou antibioterapia empírica com piperacilina-tazobactam. Analiticamente, tinha trombocitopenia ligeira, discreto aumento da fosfatase alcalina e proteína C reativa de 17.92 mg/dL, sem leucocitose. Fez TC abdomino-pélvica que identificou apenas um nódulo no fígado de aparência quística, sem outras alterações sugestivas de foco infeccioso.

As hemoculturas isolaram *Streptococcus intermedius* multissensível. Por haver na literatura associação estabelecida entre este microrganismo e abscessos em vários órgãos, nomeadamente hepáticos, reviram-se as imagens da TC com a Radiologia, tendo-se concluído que a alteração imagiológica descrita se tratava afinal de um abscesso hepático. Assim, dirigiu-se a antibioterapia ao agente e contexto identificados, tendo iniciado benzilpenicilina e metronidazol endovenosos. Verificou-se melhoria clínica, analítica e imagiológica com resolução total do abscesso na ecografia de reavaliação. Por fim, alterou-se a antibioterapia para amoxicilina-ácido clavulânico oral, totalizando 42 dias de antibiótico.

Este caso salienta a importância de uma abordagem clínica integrada, onde a correlação entre a clínica e o conhecimento fisiopatológico disponível na literatura se torna crucial para o estabelecimento de um diagnóstico preciso. Realça ainda a necessidade de uma comunicação eficaz entre as diferentes especialidades e de uma visão crítica perante os dados clínicos.

Uma apresentação atípica de poliartrite nodosa

Inês Marques Ferreira; Rute Sousa Martins; Tomás Fonseca

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÓNIO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A poliartrite nodosa (PAN), processo vasculítico sistémico necrotizante, tipicamente afeta artérias musculares de pequeno-médio calibre. A sua apresentação, tipicamente em homens de meia idade, pode cursar com o atingimento multissistémico, existindo uma tendência para poupar o pulmão.

Homem de 46 anos, sem antecedentes de relevo, com história de celulite do pé direito recente, tratada com flucloxacilina. Por agravamento dos sinais inflamatórios locais e limitação da marcha, é novamente avaliado, com edema assimétrico do membro, extensas flictenas no dorso do pé, com sinais inflamatórios locais e febril; analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios. O doente é internado sob terapêutica endovenosa com amoxicilina-ácido clavulânico e clindamicina. Excluída osteomielite e ecografia local a identificar coleção abecedada de 32x5mm, que foi drenada localmente, não tendo sido isolado qualquer agente.

Evolução sem melhoria clínica ou analítica, com biópsia cutânea a sugerir processo vasculítico PAN-like. Escalada antibioterapia para piperacilina-tazobactam e linezolid, tendo iniciado ainda pulsos de metilprednisolona (3 dias, 500mg) e posteriormente prednisolona (PDN)(0.5mg/kg/dia). Do estudo realizado, serologia VIH, VHB, VHC e sífilis negativa, ANA 1/160, triplo positivo para anticorpos do síndrome anti-fosfolipídico(SAF), com fator reumatoide e anti-CCP positivos. Não se verificou consumo de complemento ou défice de imunoglobulinas. Durante o internamento com identificação de derrame pleural complicado esquerdo, com extensão a tecidos musculares retroperitoneais e espaço pararenal posterior esquerdo, exsudativo, sem isolamento microbiológico.

Assumido quadro de vasculite, com melhoria após 4 semanas de antibioterapia e com introdução de corticoide – ainda durante o internamento iniciou metotrexato e esquema de desmame de PDN. Resolução completa do derrame sob estratégia conservadora, tendo o doente tido alta para consulta externa.

A PAN é uma doença rara e com uma clínica variada, podendo tornar-se num desafio diagnóstico. Neste caso, descrevemos uma apresentação atípica, com dúvida se etiologia idiopática ou secundária, nomeadamente quer por intercorrência infecciosa concomitante, quer por associação a uma outra doença autoimune, a artrite reumatóide.

Neuropatia Ótica Isquêmica Posterior Após Tratamento Endovascular de Aneurisma Cerebral

Ricardo Silva Gomes; Júlio Pacheco; Sofia Figueiredo; Liliana Torres; Lindora Pires

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO TÂMEGA E SOUSA

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

A neuropatia ótica isquêmica posterior (NOIP) pós-operatória é uma causa invulgar de perda visual aguda, frequentemente associada a estados de hipoperfusão ou eventos tromboembólicos, documentada sobretudo em cirurgias de risco elevado (cardíacas e da coluna vertebral), podem também ocorrer após procedimentos endovasculares de baixo risco.

Caso Clínico

Mulher de 54 anos, com antecedentes de diabetes tipo 2, epilepsia. Submetida eletivamente uma semana antes a embolização endovascular de aneurisma com 5 mm de maior diâmetro do complexo da artéria comunicante anterior, admitida no serviço de urgência por perda súbita e indolor da acuidade visual à direita e cefaleia periorbitária. Objetivamente, apresentava défice visual completo no olho direito, com reflexos pupilares presentes e simétricos e motilidade ocular preservada, sem alterações corticais superiores, motoras ou sensitivas. Na avaliação oftalmológica, fundos oculares apresentavam discos óticos, máculas e vasos sem alterações, com exclusão de obstrução da artéria central da retina. Analiticamente sem alterações de relevo, apresentando estudo da coagulação com valores no intervalo de referência. Eletrocardiograma com ritmo regular, sinusal, sem alterações no padrão de condução. Ressonância Magnética (RM) crânio e angio-RM realizada em internamento sem evidência de lesão isquêmica ou hemorrágica de novo, com pequeno foco suscetibilidade magnética na topografia da artéria comunicante anterior, sugerindo material de embolização endovascular. Durante o internamento, a doente apresentou melhoria progressiva dos sintomas, mantendo dupla antiagregação plaquetária. Discutido caso multidisciplinarmente, assumindo-se NOIP.

Discussão

A NOIP pós-operatória é uma entidade rara e de exclusão que requer uma abordagem multidisciplinar. Em doentes com perda visual indolor pós-operatória, com fundo ocular normal e estudo complementar imagiológico sem alterações, deve-se suspeitar de NOIP Pós-Operatória.

É apenas uma pericardite

Sandra Sepúlveda; Monica Spencer Pereira; Ana Carina Baldino; Daria Bem; Catarina Serafim; Pedro Costa

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

A pericardite é a inflamação do pericárdio, geralmente com acúmulo de líquido no espaço pericárdico. Tem múltiplas causas mas com frequência é idiopática.

Os sintomas incluem dor ou compressão torácica com dispneia e febre.

São classificadas em formas infecciosas e não infecciosas. A pericardite não infecciosa envolve as formas neoplásicas, autoimune e alterações do metabolismo

Caso Clínico

Homem 71 anos, autónomo, trabalha no campo com cabras e ovelhas, com antecedentes de hipertensão arterial, vários episódios de Malaria, ex-fumador de um maço por dia.

Recorreu ao serviço de urgência (SU) por dor torácica tipo picada com agravamento em decúbito dorsal e dor a inspiração profunda, febre associada de uma semana de evolução fez ibuprofeno sem benefício.

Na admissão doente febril T° 38.3°C, PA 150/75mmHg, FC 72 bpm, eupneico com sO₂ 94% em ar ambiente, auscultação pulmonar com murmúrio vesicular mantido mas com ferveores bibasais.

Análises com leucocitose 18500 10³/ugL, PCR 16mg/dl, Biomarcadores com hs-cTnI 13; NTproBNP 1053 e D-Dímeros 1053, coxiella IgG positivo, IgM inconclusivo, plasmodium negativo.

ECG ritmo sinusal 82 bpm, ligeiro supra ST concavo inferior e lateral. Ecocardiograma à destacar ligeira hipertrofia do ventrículo esquerdo, boa função sistólica, Derrame pericardico ligeiro a moderado

Rx tórax com derrame pleural, realizada toracocentese com características de exsudado, líquido turvo hemático 98% células mononucleares.

Assumida Pericardite aguda com febre recorrente apesar de terapêutica com AINEs mantida, sem sinais clínicos nem ecográficos de comprometimento de cavidades direitas. Iniciou empiricamente na urgência ciprofloxacina e doxiciclina.

Doente com evolução favorável durante o internamento, reavaliação analítica com diminuição dos parâmetros inflamatórios, coxiella IgM novamente inconclusiva, ecocardiograma com diminuição do derrame pericárdico.

Conclusão

Neste caso o diagnóstico de pericardite foi realizado pela clínica e pelos achados no ECG e ecocardiograma mas não conseguimos descartar se nosso doente chegou à ter Febre Q e esta desenvolveu a Pericardite.

Hiponatremia Grave Secundária a Uso Crónico de Suplementos: Um Desafio Diagnóstico

Carla Costa; José Miguel Santos; Beatriz Gonzaga; Gonçalo Peres; Nuno Aleman-Serrano; Nina Jancar

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Outro

Introdução

A hiponatremia é uma das alterações hidroeletrólíticas mais comuns na prática clínica e pode resultar de múltiplos fatores, incluindo causas iatrogénicas pouco reconhecidas. O uso indiscriminado de suplementos nutricionais tem vindo a aumentar, levantando preocupações sobre potenciais efeitos adversos. Apresentamos um caso de hiponatremia grave associado ao uso crónico de uma combinação de zinco, Erva de São João e doxilamina, um achado raro, mas com implicações clínicas relevantes.

Caso Clínico

Homem de 42 anos, previamente saudável, admitido por síndrome confusional aguda, cefaleia e crise convulsiva inaugural. Ao exame objetivo, destacavam-se rigidez da nuca, desorientação temporo-espacial e poliúria. A avaliação laboratorial revelou hiponatremia grave, hipomagnesemia, hipofosfatemia e hipouricemia, compatíveis com disfunção tubular proximal (Síndrome de Fanconi); sem alterações da função tiroideia ou do eixo hipofisário; exame do líquido cefalorraquidiano sem alterações. A anamnese detalhada revelou a toma diária de zinco nos últimos cinco meses, além do uso ocasional de Erva de São João e doxilamina. A pontuação de Naranjo sugeriu associação entre a suplementação e o quadro clínico. A abordagem incluiu suspensão dos suplementos, reposição eletrólítica e desmopressina. Evoluiu favoravelmente, com normalização analítica e recuperação clínica, tendo alta hospitalar após estabilização.

Discussão

Este caso reforça a necessidade de considerar o uso de suplementos na investigação de distúrbios eletrólíticos que, ao interferir na homeostase renal, resulta em disfunção tubular e hiponatremia grave. O uso indiscriminado de suplementos pode potenciar interações inesperadas e efeitos adversos significativos. Uma anamnese cuidada e uma abordagem clínica estruturada são essenciais para evitar complicações graves e permitir um diagnóstico atempado.

Enfarte Agudo do Miocárdio e Choque Cardiogénico: Corrida Contra o Tempo na Gestão do Caso Crítico

Didier Martinez¹; Elisabete Jorge¹; Liliana Freitas²

¹ CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA / HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA COVA DA BEIRA

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução

O choque cardiogénico é uma condição grave com alta mortalidade, exigindo uma rápida intervenção multidisciplinar. Este caso clínico descreve uma paciente jovem com múltiplos fatores de risco cardiovasculares que evoluiu para choque cardiogénico após enfarte agudo do miocárdio, destacando a importância da gestão integrada para melhorar o prognóstico.

Caso Clínico

Mulher, 41 anos, com diabetes tipo 1 desde os 3 anos, nefropatia diabética com transplante renal e retinopatia diabética proliferativa. Apresentava adicionalmente dislipidemia, obesidade grau I, depressão e hipotireoidismo controlado, medicada com imunossuppressores, diuréticos, estatina, insulina e antidepressivos.

Deu entrada no serviço de urgência com dor torácica, sudorese e dispneia, sendo diagnosticado enfarte agudo do miocárdio (STEMI anterior, Killip 3), com troponina de 800.000 ng/L. Evoluiu rapidamente para choque cardiogénico (Killip 4), apresentando má perfusão periférica, acidose metabólica, hipercaliemia e hiperlactacidémia.

Foi submetida a entubação e suporte ventilatório. No cateterismo, identificou-se lesão obstrutiva do tronco comum, sendo colocados dois stents na artéria descendente anterior. Durante o procedimento, apresentou paragem cardiorrespiratória, sendo iniciada reanimação com compressão torácica mecânica (Lucas®). Após 30 minutos, recuperou ritmo sinusal e foi transferida para cuidados intensivos.

Dada a instabilidade hemodinâmica e disfunção multiorgânica, foi iniciada ECMO-VA. Apesar da otimização terapêutica, evoluiu com agravamento da função renal, acidose metabólica refratária e hiperlactacidémia, culminando em óbito.

Discussão

O uso de dispositivos de assistência circulatória e uma abordagem multidisciplinar integrada são fundamentais na gestão destes doentes críticos. A intervenção coordenada entre cardiologia, medicina intensiva, medicina interna e nefrologia foi essencial, mas a evolução desfavorável destaca a necessidade de estratégias mais eficazes para o reconhecimento precoce e tratamento do choque cardiogénico.

Gritar até “rebentar”

Rúben Raimundo¹; João Maria Bento²; Carina Santos³

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO ALENTEJO

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA COVA DA BEIRA

³ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA GUARDA

Tema: Doenças respiratórias

Introdução

O pneumomediastino espontâneo é uma condição clínica incomum caracterizada pela presença de gás no interstício do mediastino sem que tenha relação com trauma ou procedimento médico ou cirúrgico. Pode estar associado a condições médicas prévias, como a asma, no entanto as manobras de Valsalva podem ter um papel importante, nomeadamente o vômito, exercício extenuante ou até a defecação. É uma condição diagnosticada através de um exame de imagem, auto-limitada e apresenta-se com dor torácica inespecífica ou que agrava com a inspiração profunda.

Caso clínico

Mulher de 20 anos, saudável e não fumadora, recorreu ao serviço de urgência com queixas de dispneia com dor torácica em aperto, odinofagia e disфонia sem febre. Estava hemodinamicamente estável e com saturação periférica de oxigénio de 98%. Analiticamente tinha 10.800 leucócitos com 7.000 neutrófilos e uma proteína C reativa de 2,17 mg/dL. Foi realizado uma radiografia torácica que não evidenciava condensações ou infiltrados parenquimatosos e teve alta com o diagnóstico de traqueobronquite aguda medicada com antibiótico. Voltou no dia seguinte com agravamento da sensação de aperto torácico e dispneia. Foi reavaliada e na auscultação cardíaca foi detetada crepitação sistólica (Sinal de Hamman) assim como crepitações subcutâneas à palpação torácica na região clavicular. Nesse contexto foi pedida uma tomografia computadorizada torácica que revelou pneumomediastino e enfisema subcutâneo ao nível do tórax superior. Foi excluída causa traumática e conseguiu-se apurar que a jovem tinha participado numa festa académica e teria gritado durante várias horas. Tendo em conta a sintomatologia a doente foi internada para observação durante 24 horas.

Discussão

O pneumomediastino é uma entidade pouco comum em adultos e por ser de difícil visualização na radiografia pode passar despercebido e ser sub-diagnosticado. A anamnese cuidada é essencial para excluir causas relacionadas com manobras de Valsalva que possam justificar a rutura alveolar e a consequente fuga de gás para o mediastino e tecidos moles e a palpação torácica é importante para objetivar enfisema subcutâneo. Este caso vem reforçar a importância da colheita de história clínica assim como a realização correta da semiologia na obtenção de diagnóstico fiável e evitar terapêutica desnecessária.

Uma ptose suspeita – diagnóstico inesperado de uma meningite criptocócica

Rosa de Sá; Hugo Gonçalves; Bárbara Fraga Campos; Francisco de Oliveira Simões; Rui M. Domingues; Narciso Oliveira; Teresa Pimentel

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A infeção por *Cryptococcus neoformans* ocorre sobretudo em imunocomprometidos, como no caso dos portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). Afeta preferencialmente o sistema nervoso central, sendo a meningite criptocócica a forma mais comum de apresentação, presente em 90% dos casos, sobretudo com linfócitos T CD4 <100 células/mm³. A sua incidência tem diminuído com a terapêutica antirretroviral (TARV).

Homem de 59 anos, com infeção por VIH 1, foi encaminhado ao serviço de urgência por motivo desconhecido. Conseguiu-se apurar que apresentava hipoacusia por timpanoesclerose e tinha interrompido a TARV durante os últimos meses, faltando às consultas. Não apresentava queixas espontâneas, sobressaindo apenas uma ptose palpebral direita de novo e alguns períodos de desorientação, motivo de investigação adicional. A contagem de CD4 era de 238 células/mm³ e a carga vírica de 361 000 cópias. A ressonância magnética cerebral levantou a suspeita de tuberculose meníngea, no entanto, a análise do líquido confirmou a presença de *Cryptococcus neoformans*, pelo que iniciou tratamento com Anfotericina B e Flucitosina. O estudo micro e micobacteriológico do líquido foi negativo.

A meningite criptocócica é uma doença definidora de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. O caso apresentado é particularmente relevante já que destaca uma apresentação atípica desta doença, com CD4 >100 células/mm³, refletindo a importância da falência imunológica funcional, em contexto de descontrolo virológico resultante da descontinuação da TARV, no desenvolvimento de infeções oportunistas, mesmo com valores mais elevados de CD4. Adicionalmente, este caso reforça também a importância da punção lombar no diagnóstico diferencial destas doenças, não se podendo confiar somente nos dados imagiológicos, já que neste caso a imagem inicial foi descrita como tratando-se de uma tuberculose meníngea, uma entidade também prevalente em indivíduos imunocomprometidos.

Uma associação a considerar: imunodeficiência primária e amiloidose

Leonor F. Gonçalves; Inês Pinto; Sofia Romão; Madalena Simões de Carvalho; Afonso Pereira; Ana Rita Andrade; João Abrantes; Hugo Cecílio; Tiago Sepúlveda Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Outro

As imunodeficiências primárias (IDP) são um grupo de doenças do sistema imunitário, que predis põem a infeções e inflamação crónica. A síndrome de HiperIgM é uma IDP humoral com valores baixos de IgA e IgG e valores normais ou elevados de IgM. Embora mais associado a autoimunidade, síndromes auto-inflamatórias, doença inflamatória intestinal e infeções crónicas, as IDP podem induzir amiloidose secundária (amiloidose AA) por deposição de amiloide sérico (SAA) nos tecidos.

Reportamos o caso de uma mulher de 59 anos, caucasiana, com síndrome de hiper-IgM diagnosticado aos 22 anos, síndrome de Sjögren (2017), carcinoma pavimento-celular glótico (2023), derrame pericárdico (2014), bronquiectasias e hipertensão arterial. Foi admitida por cansaço fácil e toracalgia sem irradiação compatível com insuficiência cardíaca aguda inaugural. O ecocardiograma evidenciou hipertrofia do ventrículo esquerdo e padrão “mosqueado” do tipo infiltrativo, com fração de ejeção comprometida (40%). A elevação dos marcadores de necrose miocárdica e serologias positivas para Cocksackie sugeriram miopericardite viral. Por níveis séricos de amiloide elevados (167mg/L; VR<6.4mg/dL), anticorpos anti-nucleares e anti-SS-A positivos, hipocomplementémia, imunofixação do soro sem componente monoclonal, sem aumento da produção de cadeias leves de imunoglobulinas, colocou-se a hipótese diagnóstica de amiloidose AA, posteriormente confirmada por identificação de depósitos de amiloide A e P no estudo histoquímico e imunohistoquímico da biópsia da gordura abdominal e endocárdica. Atualmente encontra-se medicada com colchicina.

A amiloidose AA é uma complicação rara e grave das IDP, sendo mais reportada nas formas associadas defeitos de anticorpos. Tanto a inflamação crónica como as infeções recorrentes favorecem a deposição de SAA e, embora o envolvimento renal seja predominante, o envolvimento cardíaco pode ocorrer. Para mais, a presença de bronquiectasias é um indicador de inflamação crónica, devendo a sua existência levantar a suspeita de amiloidose AA. A conjugação de IDP e amiloidose AA confere pior prognóstico, sobretudo quando o diagnóstico é tardio.

Granulomatose Eosinofílica com Poliangeíte: um caso em fase prodrómica

Ivo Santos Palmeiro; Carlota Dias; Francisca Gomes Lopes; João Seara de Carvalho; Vasco Cremon de Lemos; Ana Rita Piteira; Rita Silvério; Filipa Carrega; Manuela Fera; Ermelinda Pedroso

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA ARRÁBIDA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A Granulomatose Eosinofílica com Poliangeíte (EGPA) é uma vasculite de pequenos e médios vasos, constituindo uma doença multissistémica com elevada morbimortalidade, quando não tratada, ao atingir a fase vasculítica.

Doente do sexo masculino, 75 anos, autónomo, com história médica conhecida de eosinofilia de etiologia a esclarecer, asma e rinossinusite de início recente, hipertensão arterial e dislipidemia. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por dispneia e tosse seca em agravamento desde há 4 meses. Neste período, tinha recorrido ao SU várias vezes, com melhoria sob corticoides e broncodilatadores. Ao exame objetivo, estava eupneico, sob O₂ a 2 L/min, por óculos nasais. À auscultação pulmonar, murmúrio vesicular mantido e simétrico bilateralmente, com roncos e sibilos dispersos. Da avaliação analítica, destaca-se leucocitose de 21.800/mm³, eosinofilia de 9.396/mm³ (43%), PCR 4,11 mg/dL, ANA positivo, ANCA negativo e lavado broncoalveolar com 4,6% de eosinófilos. A tomografia computadorizada (TC) torácica identificou aumento circunferencial da espessura mural brônquica, impactação mucoide luminal multifocal e múltiplas áreas em vidro despolido. A TC dos seios perinasais revelou espessamento mucoso sinusal e esclerose das paredes sinusais. Durante o internamento, o doente cumpriu prednisolona 40 mg/dia, com diminuição da eosinofilia até 1%. Após suspensão da corticoterapia, voltou a apresentar eosinofilia de 6.232/mm³ (41%), pelo que a retomou, verificando-se a remissão completa da sintomatologia respiratória. Perante o quadro clínico e laboratorial, assumiu-se EGPA, em fase prodrómica.

Este caso descreve uma apresentação inicial de EGPA, que, pela sua raridade e gravidade, obriga a um elevado grau de suspeição clínica. Em doentes com eosinofilia, esta hipótese diagnóstica deve ser considerada, permitindo a introdução de corticoterapia, que impede a progressão da doença para as fases seguintes.

Vasculite leucocitoclástica - diagnóstico desafiante!

Elisa Veigas; Nídia Oliveira; Catarina Nabico; Sofia Moreira; Tania Batista; Catarina Oliveira; Jorge Correia; Edite Nascimento

CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VESEU, EPE / HOSPITAL DE SÃO TEOTÓNIO, EPE

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

As vasculites são um grupo de patologias heterogêneas caracterizadas por um processo inflamatório da parede vascular. Etiologicamente são uma entidade complexa, pois apesar de a maioria ser idiopática - primária, podem ser secundárias a uma causa identificável como infeções ou reações a fármacos.

Caso Clínico

Homem, 68 anos. Antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 e carcinoma do urotélio sob quimioterapia. Internamento recente na medicina interna por pielonefrite com bacteriemia a *Staphylococcus aureus* resistente à metilicina (MRSA), com culturas negativas à data de alta. Recorreu à urgência por febre, dor lombar e vômitos com 2 dias de evolução. Apresentava-se hemodinamicamente estável, sem alterações de relevo ao exame físico, exceptuando dor à palpação lombar. Analiticamente destacava-se uma proteína c reativa de 6mg/dL. Realizou tomografia computadorizada da coluna que revelou alterações sugestivas de espondilodiscite em D12. Colheu hemoculturas e urocultura e iniciou vancomicina considerando o agente previamente isolado. Internado por suspeita de espondilodiscite. As hemoculturas foram positivas para MRSA e a urocultura para *Escherichia coli* de elevado perfil de resistências pelo que se adicionou ciprofloxacina. No 3º dia após a sua introdução apareceram lesões cutâneas purpúricas nos pés, de progressão cefálica. Foi observado por Dermatologia que realizou biópsia cutânea compatível com vasculite leucocitoclástica. Suspendeu a ciprofloxacina com melhoria das lesões pelo que se assumiu vasculite de hipersensibilidade secundária ao antibiótico. Realizou ressonância magnética que confirmou o diagnóstico de espondilodiscite tendo mantido a vancomicina.

Discussão

A gravidade das vasculites varia desde erupção cutânea benigna até doença potencialmente fatal, com falência de múltiplos órgãos. Dado o vasto espectro de etiologias torna-se essencial o correto e atempado diagnóstico, para que se possa iniciar o tratamento adequado.

Síndrome de Takotsubo como mimetizador de síndrome coronário agudo

Rafael Terêncio; Mariana Delgado; Tatiana Soares Correia; Francisca Abecasis

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

Tema: Doenças cardiovasculares

A síndrome de Takotsubo corresponde a uma disfunção sistólica temporária sem obstrução vascular coronária, induzida por stress físico ou emocional, que pode simular um síndrome coronário agudo (SCA). A maioria dos pacientes apresenta uma recuperação completa da função cardíaca, no entanto, a existência de complicações não é rara.

Apresentamos o caso de uma mulher de 70 anos, autónoma, hipertensa. Encontrada inconsciente no domicílio após ter sido observada no seu estado de saúde habitual no dia anterior. Chamada equipa de primeiros socorros, que a encontra com 3 pontos na escala de coma de Glasgow (GCS), hipertensa e com movimentos tónico-clónicos generalizados compatíveis com crise convulsiva, cumprindo critérios de estado de mal convulsivo, com necessidade de administração de midazolam e entubação orotraqueal. À admissão no Serviço de Urgência apresentava-se com hiperglicémia imensurável, hipocalémia e hipernatrémia. Realizou tomografia computadorizada crânio-encefálica, sem alterações e eletrocardiograma, que revelou inversão das ondas T em DII e nas derivações precordiais. O ecocardiograma transtorácico revelou acinesia dos segmentos medioapicais e compromisso grave da função sistólica global. Considerou-se a possibilidade de uma síndrome de Takotsubo, mas perante a possibilidade de um SCA, iniciou antiagregação e anticoagulação, e realizou cateterismo coronário, que não revelou alterações. Foi assumido o diagnóstico de estado hiperglicémico hiperosmolar com início de terapêutica insulínica em perfusão. Após correção de alterações metabólicas, a doente apresentou melhoria clínica, mantendo-se com 15 pontos na GCS, sem novas crises convulsivas ou outras alterações neurológicas. Verificou-se adicionalmente reversão das alterações electrocardiográficas e ao ecocardiograma transtorácico previamente descritas.

Este caso destaca-se pela complexidade da sua apresentação, servindo de exemplo de como a presença desta síndrome pode ser um fator que dificulta a avaliação e decisão terapêutica. A forma como mimetiza um SCA pode focar o tratamento inicial nesta entidade e atrasar o tratamento da patologia sistémica, neste caso manifestação inaugural de diabetes mellitus, que condiciona as alterações cardíacas. Compete ao Internista a integração de todos os dados clínicos.

Bacteriemia recorrente em endocardite de diagnóstico complexo

Rafael Terêncio; Mariana Delgado; Tatiana Soares Correia; Francisca Abecasis

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A endocardite infecciosa corresponde a uma entidade clínica de apresentação variável, sendo de diagnóstico particularmente difícil em doentes sem sintomatologia clássica. O atraso no diagnóstico associa-se a um aumento do número de complicações, sendo fundamental manter um grau de suspeição elevado em doentes que mantenham sintomatologia ou bacteriemia recorrentes.

Apresentamos o caso de um homem de 85 anos com antecedentes conhecidos de insuficiência cardíaca, anemia e doença renal crónica. É encaminhado ao Serviço de Urgência após deteção analítica de agravamento da anemia e função renal, apresentando astenia e edema dos membros inferiores, pelo que foi internado com o diagnóstico de descompensação da insuficiência cardíaca. Durante o internamento, após quadro de febre e disúria, foram colhidas urocultura e hemoculturas, onde foi detetada bacteriemia a *Enterococcus faecalis*, pelo que iniciou antibioterapia dirigida com ampicilina durante 7 dias, com novas hemoculturas estéreis às 24 horas de apirexia. Após novo quadro de febre, foi isolado o mesmo agente em hemoculturas, pelo que, por suspeita de endocardite, iniciou associação de ampicilina e ceftriaxone e realizou ecocardiograma transtorácico e transesofágico, sem alterações sugestivas desta patologia. Cumpriu este esquema antibiótico durante 14 dias, com boa resposta. Dois meses depois volta a recorrer ao Serviço de Urgência por novo agravamento do estado geral e febre. Colheu hemoculturas que isolaram o mesmo agente infeccioso, iniciando terapêutica dirigida com ampicilina associada a ceftriaxone por nova suspeita de endocardite. Realizou investigação de focalização infecciosa com PET, ressonância magnética do neuro-eixo e ecocardiograma transtorácico, que não revelaram alterações. Ao ecocardiograma transesofágico, identificada endocardite de válvula pulmonar nativa, sem indicação cirúrgica para controlo de foco, pelo que manteve antibioterapia durante 6 semanas, objetivando-se melhoria clínica e analítica mantida.

O caso descrito destaca a necessidade de considerar o diagnóstico de endocardite infecciosa em casos de bacteriemia recorrente mesmo após realização de exames complementares dirigidos, uma vez que estes testes não são completamente sensíveis.

Febre intermitente em doente imunossuprimido: a propósito de um caso clínico

Soraia Mendes; Edgar Amaro; Nuno Melo; Vander Sabino; Diogo Cruz

HPP HOSPITAL DE CASCAIS

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A tuberculose miliar resulta da disseminação hematogénea do *Mycobacterium tuberculosis*, podendo afetar diversos órgãos, como o pulmão. A imunossupressão e a idade são alguns dos fatores de risco identificados.

Caso clínico

Descreve-se o caso de um homem de 65 anos, com espondilite anquilosante, sob prednisolona, metotrexato e infliximab e tuberculose latente prévia tratada (2020). Admitido no Serviço de Urgência por quadro de febre intermitente sem variação circadiana, arrepios, sudorese profusa e cansaço com 1 mês e meio de evolução. Objetivamente confirmaram-se apenas picos febris. Analiticamente apresentava elevação de proteína C-reativa (9 mg/dl) e ferritina (2584 ug/L), com isolamento de *Escherichia coli* em urocultura, cumprindo cefuroxima dirigida. Após antibioterapia manteve quadro febril.

Ao prosseguir estudo obtiveram-se hemoculturas negativas e ecocardiograma transtorácico sem evidência de endocardite. Em TC toraco-abdomino-pélvica foi identificado “extenso infiltrado micronodular pulmonar bilateral e panlobar”, sugestivo de tuberculose miliar. Foi realizada broncofibroscopia com colheita de aspirado brônquico, no qual se verificou um exame direto de micobactérias negativo, mas uma pesquisa de DNA *Mycobacterium tuberculosis* positiva. Posteriormente ao início de terapêutica antibacilar com HRZE (Isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol), o exame cultural de micobactérias do aspirado brônquico confirmou o diagnóstico. O doente apresentou melhoria de quadro febril e teve alta referenciado ao centro de diagnóstico pneumológico.

Discussão

O presente caso representa a abordagem diagnóstica a realizar perante um indivíduo com síndrome febril indeterminado. Enfatiza a importância de considerar a tuberculose com um diagnóstico diferencial, especialmente em doentes com fatores de risco para esta infeção. Relembra ainda a importância de excluir ou tratar a tuberculose latente previamente ao início de terapêutico imunossupressora.

Insuficiência suprarrenal primária: um diagnóstico diferencial enigmático

Catarina Freitas Artilheiro; Daniel M. Duarte; Andreia Nunes; Pedro Beirão; João Roque; David Barbosa

HOSPITAL GARCIA DE ORTA, EPE

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A insuficiência suprarrenal (ISR) crónica caracteriza-se por um défice de cortisol devido a patologia hipotalâmica, hipofisária ou suprarrenal. A etiologia mais comum da ISR primária é autoimune, seguida da infecciosa, neoplásica, vascular, medicamentosa ou genética. Apresentamos um caso de ISR com diagnóstico diferencial desafiante.

Caso clínico

Homem, 53 anos, natural de Cabo Verde, com antecedentes de hipotireoidismo autoimune sob levotiroxina 175mcg/dia, cardiopatia isquémica e sequelas de pneumonia. Recorreu ao serviço de urgência por anorexia, perda ponderal de 20%, náuseas e vômitos pós-prandiais há 3 meses, sudorese noturna, cansaço para médios esforços. Neste período, ter-lhe-ia sido dada indicação para titulação de dose de levotiroxina, tendo omitido a suspensão da medicação durante 1 mês. À observação, encontrava-se hipotenso (91/60mmHg). Analiticamente com lesão renal aguda pré-renal, hiponatrémia, hipercaliémia, normoglicémia. Foi internado para estudo de síndrome consumptivo associado às alterações analíticas referidas.

Do estudo em internamento, destaca-se elevação de ACTH, redução de cortisol sérico matinal e hipotireoidismo descompensado. A TC revelou suprarrenais aumentadas com multinodularidade difusa. Estabelecendo-se o diagnóstico de ISR primária, o doente teve alta sob hidrocortisona e foi encaminhado para consulta de Endocrinologia. Durante o seguimento, o doente melhorou sob hidrocortisona e fludrocortisona em baixa dose. Do estudo etiológico, salienta-se IGRA positivo, com posterior desenvolvimento de abcesso no braço direito com PCR a *Mycobacterium tuberculosis* positiva, tendo iniciado terapêutica antibacilar. Aguarda anticorpos anti-21?-hidroxilase.

Discussão

A ISR crónica faz parte do diagnóstico diferencial do quadro consumptivo. Neste caso, afiguram-se duas hipóteses mais prováveis – etiologia autoimune e tuberculosa. O tratamento passa pela reposição hormonal adequada.

O enigma retroperitoneal: Quando a inflamação esconde um perigo mortal

J. Guilherme Gonçalves-Nobre; Diogo Borges; Tiago Judas; Catarina Valadão; Francisca Delerue

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

Os aneurismas micóticos são raros e um desafio diagnóstico, sobretudo quando mimetizam massas retroperitoneais. Este caso destaca a complexidade do diagnóstico diferencial e a importância de uma abordagem integrada.

Caso Clínico

Mulher de 68 anos admitida por lombalgia irradiada para hipogástrio e perda ponderal intencional (10 kg/mês). A avaliação revelou anemia microcítica hipocrômica e velocidade de sedimentação elevada. A TC abdomino-pélvica identificou conglomerado adenopático retroperitoneal, sugerindo:

- ❑ **Neoplasia gastrointestinal/ginecológica:** O envolvimento ganglionar retroperitoneal e infraclavicular esquerdo e a anemia sugeriam malignidade, mas PET-TC e marcadores tumorais foram negativos.
- ❑ **Tuberculose:** Residência prévia em área endêmica justificava a hipótese, mas IGRA negativo e ausência de alterações radiológicas tornaram-na improvável.
- ❑ **Doença Autoimune/Inflamatória (IgG4-RD, vasculite de grandes vasos):** O envolvimento vascular sugeria aortite, mas ANA, ANCA negativos e IgG4 normal reduziram a probabilidade.
- ❑ **Histiocitose de Não-Langerhans (Erdheim-Chester):** Adenopatias, inflamação vascular e PET-TC com captação intensa sugeriam esta hipótese, carecendo de biópsia ganglionar para confirmação definitiva.
- ❑ **Aneurisma Micótico:** A TC toraco-abdomino-pélvica revelou aneurisma infra-renal com hematoma intra-mural e realce inflamatório, apontando para origem infecciosa. A evolução favorável com antibioterapia confirmou o diagnóstico.

Discussão

O diagnóstico diferencial de massas retroperitoneais exige um raciocínio clínico estruturado, ponderando neoplasias, infeções e autoimunidade. Este caso realça a importância do diagnóstico precoce e da terapêutica direcionada. Aneurismas micóticos devem ser considerados em contextos de inflamação vascular, pois o reconhecimento precoce pode prevenir complicações fatais. A histiocitose de não-Langerhans reforça a necessidade de investigação aprofundada em casos complexos.

MINOCA: Um Caso de Enfarte Agudo do Miocárdio em Jovem

PEDRO MIGUEL PIRES MOULES; Rita Plama Féria; Madalina Gututui; Fernando Martos Gonçalves; Ana Grilo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

A canábis é uma das substâncias ilícitas mais consumidas no mundo ocidental, com uma prevalência crescente, sobretudo entre os adolescentes. Os seus efeitos no sistema cardiovascular têm sido documentados, sendo atribuídos principalmente a interação com os recetores canabinoides CB1 e CB2. A exposição a endocanabinoides exógenos pode comprometer a homeostasia vascular, favorecendo disfunções endoteliais e eventos cardiovasculares adversos. O enfarte do miocárdio associado ao consumo de canábis ocorre sem obstrução arterial significativa (MINOCA), estando relacionado com vasospasmo coronário, embolia, dissecação espontânea ou disfunção microvascular.

Caso clínico

Apresenta-se um homem, de 20 anos, sem antecedentes conhecidos, com uso esporádico de canabinoides. O doente recorreu ao serviço de urgência por dor torácica opressiva com horas de evolução, sem fatores de alívio ou de agravamento, sem irradiação, com aumento progressivo ao longo do dia. Exame objetivo sem alterações. O eletrocardiograma revelou supradesnivelamento do segmento ST nas derivação DII, DIII e AvF e inversão das ondas T em V1, V2 e V3 e analiticamente com elevação de troponinas e pesquisa de tóxicos positiva para canabinoides. Contactado hospital de referência e realizado cateterismo sem evidência de lesão obstrutiva, pelo que realizou ressonância magnética cardíaca sem alterações, reforçando então a hipótese de MINOCA.

Nestes casos o tratamento ainda não está definido segundo orientações específicas, mas existem vários estudos sobre os benefícios de estatinas e inibidores do sistema renina-angiotensina.

Discussão

Para além da abordagem clínica, é essencial destacar os riscos cardiovasculares do consumo de canabinoides. Este caso sublinha a importância de uma avaliação detalhada das síndromes coronárias agudas em jovens sem fatores de risco tradicionais.

Arterite de Células Gigantes/Polimialgia Reumática: a importância da suspeita clínica

Gisela Moreira Pinheiro; Rita Novera de Sousa; Nídia Pereira; Sara de Sousa

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, EPE / HOSPITAL PEDRO HISPANO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A Polimialgia Reumática (PMR) e a Arterite de Células Gigantes (ACG) são doenças inflamatórias prevalentes em indivíduos com mais de 50 anos. A PMR causa dor e rigidez, predominantemente nas cinturas escapular e pélvica, levando a limitação funcional. A ACG é uma vasculite que afeta artérias de médio e grande calibre, levando a sintomas como cefaleias, claudicação mandibular e défices visuais. A variabilidade clínica pode atrasar o diagnóstico, sendo essencial a suspeita clínica.

Caso clínico

Mulher de 76 anos, cognitivamente íntegra, com patologia osteoarticular conhecida, mas com deterioração funcional progressiva e desproporcional nos últimos 3 anos, culminando no uso de cadeira de rodas.

Admitida por tosse seca emetizante e após anamnese cuidada, referência a dor na cintura pélvica, claudicação mandibular e episódios de amaurose fugaz à esquerda. Palpação da artéria temporal ipsilateral tortuosa, dura e com pulso fraco. Analiticamente, com anemia normocítica normocrômica (Hb 9.0g/dL), velocidade de sedimentação elevada (130mm/1ªh), proteína C reativa <40mg/L e elevação isolada da fosfatase alcalina (1155U/L). A TC revelou derrame pleural bilateral e pericárdico de pequeno volume, sugestivo de processo inflamatório sistémico e levantada suspeita de *flare* de PMR/ACG, pelo que foi iniciada corticoterapia.

Apesar de EcoDoppler, biópsia de artérias temporais e tomografia por emissão de positrões negativos, sob corticoterapia, apresentou excelente resposta clínica, permitindo recuperação da deambulação e melhoria dos parâmetros analíticos e da serosite.

Conclusão

A resposta clínico-analítica à prova terapêutica, apesar de exames não conclusivos, reforça a importância da suspeita clínica. Os resultados negativos podem estar relacionados com a introdução atempada de corticoterapia, interferindo na leitura dos exames complementares. Assim, destaca-se a necessidade de uma abordagem integrativa, onde a resposta ao tratamento pode ser essencial para o diagnóstico e orientação do doente.

O Raro Caso de Metastização Cutânea e Muscular no Carcinoma de Pequenas Células do Pulmão

Rita Domingues Penaforte; Margarida Mourato; Beatriz Sá Pereira; Teresa Costa Pereira; Maria Leonor Neves; Miguel Achega; Fernando Aldomiro

HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA

Tema: Doenças oncológicas

Doente do sexo masculino, com 73 anos de idade, dependente nas atividades de vida diária, com múltiplas comorbilidades como demência vascular com deterioração cognitiva progressiva, cardiopatia isquémica submetido a bypass, doença arterial obstrutiva periférica, doença renal crónica, hipertensão arterial, dislipidemia, hiperplasia benigna da próstata, status pós cirurgia a hérnia inguinal.

Clinicamente, apresentava múltiplas tumefações de consistência pétrea com localização cervical, axilar e dispersas pelo tronco e membros superiores. Realizada tomografia computadorizada do pescoço e toracoabdominopélvica que revelou extensa disseminação metastática cutânea, muscular, ganglionar mediastínica, cervical, axilar, retrocural, celíaca, peritoneal e retroperitoneal; pulmonar, e supra-renal bilateral de neoformação de origem desconhecida. Realizada biópsia cutânea de um nódulo perimamário direito, sob anestesia local, cujo exame histopatológico confirmou tratar-se de uma metástase cutânea de carcinoma neuroendócrino. O perfil morfológico e imuno-histoquímico foram compatíveis com carcinoma de pequenas células do pulmão.

Tendo em conta o status prévio do doente, considerou-se não ter indicação para terapêutica oncodirigida. Foi referenciado à Equipa Intrahospitalar de Cuidados Paliativos para optimização sintomática e planeamento de possível alta hospitalar. Durante o internamento, o doente evoluiu desfavoravelmente, por progressão rápida da doença, culminando no óbito ao 10º dia de internamento.

Este caso ilustra uma apresentação rara de carcinoma de pequenas células do pulmão, caracterizado por metastização cutânea e muscular. O carcinoma de pequenas células do pulmão é uma neoplasia altamente agressiva, conhecida pela sua rápida progressão e elevada taxa de metastização, sendo a disseminação cutânea e muscular um marcador de doença avançada e de prognóstico reservado.

MASSAS INTRACARDÍACAS: A IMPORTÂNCIA DA EXISTÊNCIA DE EQUIPAS MULTIDISCIPLINARES

Marta Mesquita; Andreia Lopes Sousa; Inês Pinto Rodrigues; Patrícia Florindo; Filipa Marques Rodrigues; Maria João Palavras; Ana Rita Marques; Ilídio Brandão

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

O diagnóstico diferencial de massas intracardíacas inclui causas benignas, malignas, trombos ou vegetações. Os doentes podem ser assintomáticos ou apresentar clínica por alterações do fluxo sanguíneo, envolvimento cardíaco, infeção ou embolização. O diagnóstico diferencial é complexo mas essencial, pois determina a abordagem terapêutica adequada.

Caso clínico

Homem, 71 anos, antecedentes de fibrilhação auricular, pacemaker, internado por febre e trauma/dor no joelho direito (prótese total). Realizada artrocentese que excluiu artrite séptica e ecocardiograma transesofágico que revelou imagem sugestiva de massa intracardíaca. Por apresentar hemoculturas negativas e resposta favorável ao tratamento, excluída endocardite. Dois meses depois, por sinais inflamatórios do joelho direito, realizada nova artrocentese com isolamento de MSSA no líquido sinovial. Repetido ecocardiograma transesofágico que revelou trombo organizado no apêndice auricular esquerdo, massa amorfa e arredondada ao nível da cúspide coronariana esquerda e imagem sugestiva de strand de fibrina junto ao anel tricúspide. Colhidas novas hemoculturas que foram negativas. Em reunião multidisciplinar para exclusão definitiva de endocardite, decidida realização de PET, que descartou endocardite por inexistência de captação cardíaca/do dispositivo, e TC TAP que excluiu embolização séptica. Concluiu tratar-se de um trombo intracardíaco.

Discussão e conclusão

A endocardite infecciosa é uma das causas mais frequentes de massas intracardíacas. Neste caso, pela agressividade do agente isolado e presença de dispositivo intracardíaco era imperativa a sua exclusão. Perante hemoculturas persistentemente negativas na ausência de antibioterapia, ausência de captação intracardíaca/do dispositivo ou embolização sistémica, esta hipótese tornou-se improvável. Este caso reforça a importância de não ser assumido um diagnóstico antes da realização de uma investigação exaustiva, sob pena de submeter o doente a um tratamento inadequado e possivelmente deletério.

Streptococcus cristatus: a origem de uma queda

Juliana V. Nogueira; Melissa Silva; Sérgio Monteiro; Hugo Marinho; Inês Amorim Cruz; Mariana Teixeira; Filipa Coroado Ferreira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A endocardite infecciosa é uma infeção grave, frequentemente precedida de bacteriemia e causada por comensais da flora oral.

Apresento o caso de um doente de 67 anos, admitido por queda da própria altura, associada a desorientação. À admissão, constatados maus cuidados de higiene, sarcopenia e febre. De antecedentes pessoais, a destacar hábitos etílicos marcados em abstinência recente. Sem medicação habitual. Analiticamente, sem leucocitose, proteína C reativa 8 mg/dL. Por lombalgia incapacitante, realiza tomografia computadorizada (TC) da coluna lombar que revela espondilodiscite em L3-L4. Verificada bacteriemia a *Streptococcus cristatus* multissensível, pelo que inicia Ceftriaxone. TC toracoabdominopélvica compatível com embolização esplénica e renal. Realiza então ecocardiograma transtorácico com evidência de vegetação da válvula aórtica (VAo). Observado por Estomatologia que confirma doença cariogénica e má higiene oral. Em D20 de internamento, desenvolve edema agudo do pulmão. Realizada ecoscopia com agravamento da fração de ejeção com insuficiência aórtica major e novas vegetações. Realiza ecocardiograma transesofágico com endocardite da VAo com deiscência e fístula anterior e regurgitação valvular e paravalvular major. Transferido para Cardiologia. Sem condições cirúrgicas pelo *status* funcional e nutricional. Iniciou programa de reabilitação. Agravamento clínico em D32 de Ceftriaxone após hemoculturas negativas, com neutropenia febril grave, com isolamento de novos agentes e necessidade de escalada de antibioterapia, acabando por falecer.

Este caso cumpre os critérios diagnósticos definitivos de endocardite, com espondilodiscite e embolização esplénica e renal, num doente imunocompetente. Este é um microorganismo causal reportado em poucos casos de doença disseminada, havendo apenas um caso a reportar envolvimento vertebral por este comensal da cavidade oral. Importante lembrar que esta é, de facto, uma infeção grave que nem sempre tem um desfecho favorável.

Soluços persistentes num doente paliativo

Catarina Tavora¹; Maria Ana Sobral²; Maria Moraes²; Luisa Pereira²

¹ HOSPITAL DE CASCAIS

² HOSPITAL CUF TEJO

Tema: Cuidados paliativos/ Hospitalização Domiciliária

Introdução

Os soluços são uma experiência muito desconfortável para os doentes em cuidados paliativos, podendo influenciar muito a sua qualidade de vida. As causas podem dividir-se em centrais e periféricas.

Caso clínico

Apresenta-se o caso de um homem de 56 anos, previamente autónomo, com antecedentes pessoais de doença do refluxo gastroesofágico, que foi diagnosticado com cancro colorectal localmente avançado em junho de 2023. No início de maio de 2023, recorre ao serviço de urgência com sintomas e sinais de oclusão intestinal tendo sido submetido a colostomia derivativa de urgência. Foi internado na unidade de cuidados paliativos agudos para continuação dos cuidados.

No terceiro dia de pós-operatório o doente iniciou um quadro de soluços persistentes de agravamento progressivo. A equipa médica tentou tratamento com manobras físicas, mas sem resposta.

Foram tentadas várias opções terapêuticas desde pantoprazol, domperidona em esquema e opções de resgate como haloperidol oral e levomepromazina subcutânea sem efeito. Foi testada terapêutica com baclofeno sem efeito.

Foi realizado um exame de imagem abdominal para excluir complicações pós-operatórias, como abscessos subfrênicos. O exame mostrou progressão da doença com aumento do tamanho das metástases hepáticas e presença de implantes de carcinomatose peritoneal subfrênica.

Nos dias seguintes, a levomepromazina e midazolam subcutâneos foram utilizados como terapia de resgate, mas com efeitos apenas temporários nos soluços. Aumentou-se a dose de dexametasona. No 9º dia de pós-operatório os episódios de soluços começaram a diminuir e até à data da alta não apresentou mais episódios de soluços.

Discussão

O tratamento de soluços persistentes apresenta um desafio clínico que requer maior investigação. Quando nenhuma causa reversível é identificada ou as manobras físicas falham, é importante uma abordagem sistemática.

O aumento da dose de dexametasona pode ter contribuído para reduzir a inflamação das metástases hepáticas e carcinomatose peritoneal. O efeito sedativo do midazolam e da levomepromazina também contribuiu para suprimir o reflexo do soluço no nosso doente.

Através deste caso clínico fornecemos uma breve revisão das causas e tratamento desta condição.

Endocardite Pneumocócica

Pedro Maciel; Joana Santos; Sofia Pereira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A endocardite infecciosa (EI) por *Streptococcus pneumoniae* é uma entidade rara, mas grave, frequentemente associada a complicações destrutivas das válvulas cardíacas e a elevada morbimortalidade.

Caso clínico

Mulher de 66 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, obesidade, consumo prévio de drogas endovenosas, historial de trabalhadora do sexo e perturbação do uso de álcool. Admitida no serviço de urgência por alteração do comportamento e dispneia com cerca de 3 semanas de evolução. Ao exame objetivo a destacar febre (38.8°C), taquipneia (FR 25 cpm) e hipoxemia ligeira (pO₂/fiO₂ 277), diminuição dos sons respiratórios no ápice do hemitórax direito e edema dos membros inferiores bilateralmente até ao nível do joelho. Analiticamente apresentava leucocitose com neutrofilia, anemia normocítica/normocrômica, hiponatrémia ligeira e elevação da proteína C reativa (219 mg/L). Raio X torácico a revelar consolidação no lobo superior direito. Por pneumonia aguda da comunidade iniciou antibioterapia empírica que foi alterada para penicilina após isolamento *Streptococcus pneumoniae* multissensível em hemocultura da admissão. Ecocardiograma transtorácico com evidência de alterações estruturais significativas da válvula aórtica com insuficiência moderada a grave. Dada suspeita de endocardite realizou ecocardiograma transesofágico que confirmou extenso processo infeccioso com destruição valvular e volumoso abscesso com extensão à fibrosa mitro-aórtica. Adicionalmente realizou angiotomografia computadorizada para melhor caracterização das alterações observadas e coronariografia que identificou doença coronária significativa. Dada a extensa destruição valvular e abscesso doente realizou substituição valvular eletiva e cirurgia de revascularização ao 14º dia de internamento. Exame microbiológico da válvula aórtica negativo. Cumpriu 4 semanas de antibioterapia dirigida com penicilina.

Discussão

O caso destaca a importância do reconhecimento precoce da endocardite pneumocócica dado o maior risco de complicações embólicas, perfuração e substituição valvular. O presente caso enfatiza a necessidade de um alto índice de suspeição clínica desta entidade, sobretudo em doentes com fatores de risco.

Cefaleia em “trovão”: alerta para a Síndrome Vasoconstrição Cerebral Reversível

Raquel Leitão; Elisabete Pinelo; Eugénia Madureira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

A Síndrome Vasoconstrição Cerebral Reversível engloba um grupo de entidades neuro-vasculares caracterizadas por vasoconstrição segmentar multifocal das artérias cerebrais. A sua apresentação clínica mais frequente é de cefaleia excruciante, “em trovão”, de instalação súbita, por vezes associada a outros sintomas neurológicos agudos, sendo os exames de imagem fundamentais para fazer o diagnóstico. Apesar da sintomatologia inicial alarmante, esta tem uma evolução autolimitada e benigna, sendo raro desenvolvimento de sequelas quando corretamente identificada.

Caso clínico

Expõe-se o caso de um indivíduo de género masculino, de 41 anos, sem patologia médica de relevo, sem hábitos toxicófilos nem exposição a fármacos vasoativos de novo, com episódio de cefaleia de novo, em trovão, de instalação súbita e evolução de 12 horas. Associadamente apresentou fotofobia e náuseas. Objetivamente, sem défices neurológicos focais, sem alteração do estudo analítico. A neuroimagem descreveu estenoses segmentares da artéria cerebral média direita, muito sugestivo da Síndrome de vasoconstrição Cerebral Reversível. Sem tratamento estabelecido, manteve-se uma atitude conservadora/de suporte, com controlo sintomático e resolução da clínica em menos de 24 horas.

Discussão

Reforça-se a importância da consciencialização dos profissionais de saúde para este conjunto de doenças. Após exclusão das entidades neurológicas agudas, a possibilidade desta síndrome não deve ser descurada, exigindo uma abordagem diagnóstica precisa, através de critérios clínicos e imagiológicos, a fim de prevenir exames desnecessários e atitudes terapêuticas nefastas.

O que pode a pele denunciar?

Maria Guilherme Muchata; Mariana Marques; Joana Urbano; Diana Guerra

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A Esclerose Sistémica é uma doença crónica do tecido conjuntivo caracterizada por disfunção vascular generalizada e fibrose progressiva da pele e/ou dos órgãos internos, que acomete maioritariamente mulheres jovens. A sua classificação é baseada na extensão do envolvimento cutâneo e no padrão de lesão dos restantes órgãos.

Caso clínico

Mulher de 39 anos, com antecedentes de síndrome anticorpo antifosfolípido, trombofilia com mutação no gene MTHFR (C677T em heterozigotia), trombose venosa profunda do membro inferior e tromboembolismo pulmonar em 2014. Encaminhada à consulta de Medicina Interna por suspeita de lúpus cutâneo. História de lesões cutâneas de hiper e hipopigmentação com cerca de 4 anos de evolução com início no dorso e progressiva dispersão para os membros e face. Biópsia cutânea do ano anterior mostrou hiperpigmentação pós-inflamatória e ecografia abdominal com ligeira atrofia renal esquerda. Atualmente com episódios de fenómeno de Raynaud. Negou olho vermelho, úlceras orais ou vaginais, alopecia, dispepsia ou queixas respiratórias. Ao exame objetivo, lesões dispersas planas hiperpigmentadas sob fundo hipopigmentado tipo “sal e pimenta”, telangiectasias da face e esclerose cutânea metacarpofalângica. Analiticamente, anemia normocítica e normocrómica (hemoglobina de 9.1g/dl) com ferropenia e défice de ácido fólico e vitamina B12. Do estudo complementar a destacar anticorpos antinucleares com título 1/640 com padrão anti-centrómero, restantes anticorpos negativos e tomografia computadorizada do tórax com padrão em vidro despolido subpleural bilateralmente. Espirometria e eletrocardiograma normais. Pelo Raynaud, iniciou nifedipina, ainda em titulação de dose. Aguarda conclusão do estudo em consulta, bem como discussão multidisciplinar com Dermatologia e Pneumologia, mas com quadro compatível com diagnóstico de esclerose sistémica.

Conclusão

A Medicina Interna é uma especialidade privilegiada no diagnóstico de doenças imunológicas sistémicas como a Esclerose Sistémica. Perante este diagnóstico, é necessário um acompanhamento frequente, para monitorização da evolução da doença e de eventual atingimento dos órgãos vitais, uma vez que a maioria das mortes se associam a fibrose pulmonar, a hipertensão pulmonar ou a envolvimento cardíaco.

Síndrome febril em contexto de infeção ou doença linfoproliferativa?

Mariana Lobo Oliveira; Clara Afonso Sanches; Luana Alves; Nuno Mendes Piedade; Margarida Vinhas; Luís Nogueira Silva; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças hematológicas

O diagnóstico diferencial entre infeção ativa e febre em contexto de doença linfoproliferativa pode ser difícil devido à sobreposição das manifestações clínicas e analíticas. Esta distinção é essencial para evitar tratamentos antimicrobianos desnecessários e adequar o início do tratamento dirigido, maioritariamente imunossupressor, ao diagnóstico hemato-oncológico. O linfoma B difuso de grandes células associado ao EBV é uma neoplasia agressiva de células B, caracterizada pela infeção pelo vírus Epstein-Barr, sendo mais prevalente em idosos e imunodeprimidos.

Mulher de 58 anos, sem antecedentes relevantes, internada para estudo de síndrome constitucional (hipersudorese noturna, febre e perda de peso). Analiticamente, com anemia (Hb 6.8g/dL), neutropenia (740/ μ L) e trombocitopenia (63.000/ μ L), PCR ~200 mg/L, Beta2 microglobulina 752 μ g/L e IFT com população monoclonal de linfócitos B. TC CTAP a evidenciar volumosa hepatoesplenomegalia e adenopatias supra e infradiafragmáticas. Biópsia ganglionar excisional e estudo medular revelou linfoma B difuso de grandes células EBV+, Ki67 90%, CD30+. Durante o internamento prolongado, manteve febre e parâmetros inflamatórios elevados persistentes sob antibioterapia de largo espectro (piperacilina-tazobactam; meropenem e linezolida), sem foco infeccioso evidente, exceto estomatite herpética medicada com aciclovir, sugerindo febre tumoral em doente neutropénica. Único isolamento microbiológico de *Enterococcus faecium* em urocultura, numa doente assintomática. Iniciou corticoterapia e cumpriu esquema de quimioterapia com CHOP-R, complicado de síndrome de lise tumoral. Apresentou evolução desfavorável, acabando por falecer após 1 mês de internamento no contexto de hemorragia digestiva alta catastrófica.

Este caso ilustra a complexidade do diagnóstico diferencial entre febre infecciosa e tumoral em doentes com doença linfoproliferativa. A persistência da febre e ausência de foco infeccioso, reforça a hipótese de febre neoplásica, no entanto, em doentes com neutropenia o início de antimicrobianos não deve ser atrasado.

Meningite Bacteriana complicada com Empiema Subdural e Vasculite Infeciosa

Marta C Machado; Carolina Rodrigues; João Tiago Serra; Fernando Aldomiro

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE AMADORA/SINTRA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A meningite bacteriana afeta 1 a 2 pessoas por 100.000 habitantes na Europa e pode ocorrer por via hematogénea ou por contiguidade. Os agentes mais comuns são o *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* e *Haemophilus influenzae* tipo B. A mortalidade em adultos é de 25-30% e as complicações incluem crises convulsivas, hidrocefalia, abscessos cerebrais e vasculite infecciosa.

Caso clínico

Homem, 28 anos, sem antecedentes. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de 15 dias de dor ocular e cefaleia frontal esquerda, tendo sido diagnosticado com sinusite aguda e medicado com amoxicilina-ácido clavulânico. No dia seguinte, retornou ao hospital por hemiparésia direita de predomínio crural, cefaleia holocraniana intensa e picos febris.

À admissão, GCS 10, hemiparésia direita e rigidez da nuca.

Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios.

A TC crânio-encefálica (CE) identificou lesões hipodensas frontais bilaterais e coleção inter-hemisférica esquerda a condicionar desvio da linha média (6mm).

Para melhor caracterização, realizou RM CE que identificou coleção piogénica subdural do hemisfério esquerdo por disseminação transosteal com coleções piogénicas intra-sinusais frontais bilaterais. Apresentava ainda sinais de isquémia territorial macroangiopática de origem vasculítica infecciosa no lobo frontal esquerdo.

Foi assumido o diagnóstico de meningite bacteriana secundária a sinusite bacteriana complicada com empiema subdural e vasculite infecciosa. O doente foi submetido a sinusotomia frontal com drenagem de exsudado purulento pela Otorrinolaringologia e, drenagem de empiema cerebral pela Neurocirurgia.

O estudo microbiológico revelou a presença de agentes colonizadores da cavidade oral, *Streptococcus anginosus* e *Streptococcus intermedius*, nos exsudados.

Apesar da necessidade de múltiplas intervenções neurocirúrgicas para controlo do foco infeccioso, o doente apresentou evolução favorável, tendo alta para a enfermaria com GCS 14 e hemiparesia direita.

Conclusão

Este caso clínico destaca a importância do diagnóstico e tratamento precoce da meningite bacteriana, especialmente quando associada a complicações raras como empiema subdural e vasculite infecciosa. A evolução do doente evidencia a necessidade de uma abordagem multidisciplinar.

Decifrar um caso de febre e linfocitose

Ana Beatriz Machado; Daniel Castanheira; Francisco Azeiteiro; Pedro M. N. Pinto; Raquel Almeida

HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A infeção aguda por Citomegalovírus pode originar síndrome mononucleósica sintomática cuja terapêutica é variável consoante o grau de imunidade do doente.

Caso clínico

Doente do sexo masculino, de 38 anos, com antecedentes de linfoma de Burkitt gástrico tratado em 2013 com quimioterapia e radioterapia, atrofia cerebelosa provavelmente secundária a radioterapia e défice de IgA, recorreu ao serviço de Urgência a 25/12 por quadro de cefaleia, mialgias, febre, diarreia e vómitos com 15 dias de evolução. Previamente, terá sido observado por médico assistente e medicado com azitromicina numa primeira abordagem, e levofloxacina à posteriori, que cumpriu mas sem melhoria associada. À admissão, estava apirético, taquicárdico e polipneico, sem alterações valorizáveis no exame objetivo. Analiticamente, a destacar leucocitose ($11,41 \times 10^9$) com linfocitose (6240×10^9) e basofilia ($0,16 \times 10^9$), proteína C reativa aumentada (47,6 mg/L), painel viral com SARS-COV2, influenza A e B negativo. Hemoculturas negativas e esfregaço de sangue periférico com linfocitose, raras células de maior tamanho, com nucléolo e algumas sombras nucleares. A angioTC de tórax excluiu tromboembolismo pulmonar e revelava discreto padrão nodular centrolobular no lobo superior direito, sugestivo de broncopneumonia. Internou-se o doente para estudo, medicou-se com piperacilina-tazobactam e devido às alterações hematológicas objetivadas discutiu-se a possibilidade de recidiva de linfoma vs LLC. O estudo infeccioso revelou Ac CMV IgM positivo e IgG 13 mg/dL, Ac EBV IgM duvidoso, já a carga viral do CMV era de 163 cópias/mL e a de EBV não foi detectada. Considerou-se tratar de um quadro sintomático viral compatível com infeção por CMV que evoluiu favoravelmente durante o internamento, sem necessidade de terapêutica dirigida, com associação ao défice de IgA (analiticamente valor inferior a 0,23) em estudo em consulta de ambulatório.

Conclusão

O quadro sintomático de infeção aguda por CMV é variável e conforme grau de imunocompetência do doente devemos estar atentos à evolução para resolução do mesmo, assim como realizar exames complementares que excluam diagnósticos diferenciais importantes.

Tuberculose Extrapulmonar com Polisserosite: Relato de Caso

**Maria Rui Gomes; Ana Rita de Sousa Melo; Romana Bett. Fagundes; Bruna Coelho;
Miguel Ângelo Sousa; Fábio Murteira; Beatriz Frutuoso; Marta Bastos; João Pedro Gomes;
Margarida Correia; Filipe Breda**

CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A tuberculose extrapulmonar representa 15-20% dos casos de tuberculose, afetando sobretudo populações imunocomprometidas e de países endêmicos. A diversidade de apresentações exige um elevado grau de suspeição clínica, podendo evoluir para formas graves, como este caso de polisserosite com pericardite constritiva.

Caso Clínico

Homem, 30 anos, brasileiro, com antecedentes pessoais de cervicodorsolombalgia e perturbação depressiva. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de mal-estar geral, mialgias e febre com 14 dias de evolução, associado a dispneia e toracalgia, tipo pleurítica, esquerda há 7 dias. A radiografia do tórax demonstrou derrame pleural à esquerda - submetido a toracocentese diagnóstica, com líquido compatível com exsudado e exames microbiológicos e micobacteriológico negativos. Foi realizado ecocardiograma transtorácico, que evidenciou derrame pericárdico de moderado volume (2.8cm de máxima dimensão), de aspeto heterogéneo. A ressonância magnética cardíaca sugeriu pericardite efusivo-constritiva, com derrame pericárdico complexo, multi-septado e multi-loculado, circunscrito às paredes lateral e anterior do ventrículo esquerdo, não abordável por pericardiocentese. Na tomografia computadorizada torácica observaram-se várias adenomegalias mediastino-hilares, heterogéneas, algumas com hipodensidade central a indiciar necrose. Foi realizada biópsia por ecoendoscopia brônquica, positiva para *Mycobacterium tuberculosis*. Restante estudo imunológico e serológico negativo. Iniciado tratamento com antibacilares e corticoterapia em alta dose, além de colchicina, sem intercorrências.

Conclusão

A ausência de envolvimento pulmonar não exclui o atingimento de outros órgãos. Este caso reforça a importância de um envolvimento multidisciplinar, onde a suspeição clínica se complementa com técnicas de imagem avançadas, abordagem endoscópica e microbiologia para proporcionar um diagnóstico preciso e precoce

Síndrome da Veia Cava Superior: Uma Pista Para o Diagnóstico Precoce de Neoplasias Mediastínicas

Filipa Rodrigues Dos Reis; João Lança; Vítor Oliveira; Inês Fernandes; João Tavares; Nuno Monteiro

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE VISEU DÃO-LAFÕES

Tema: Doenças oncológicas

O síndrome da veia cava superior (VCS) resulta da obstrução da VCS, causando congestão venosa e podendo ser fatal, se evoluir para edema laríngeo ou cerebral.

Relata-se o caso clínico de um homem, 54 anos, agricultor, que apresentou tosse, disfagia para sólidos, edema da face e ortopneia com um mês de evolução. Objetivou-se hipotensão ortostática, edema facial e estridor. A radiografia torácica revelou alargamento do mediastino, confirmado por TC torácica, que mostrou massa mediastínica de 10 cm, contornos irregulares, comprimindo grandes vasos, com redução do lúmen da veia cava superior. Foi internado para realizar biópsia ganglionar e iniciou corticoterapia, com melhoria progressiva. PET-CT revelou doença linfoproliferativa ativa, e a histologia confirmou linfoma B difuso de grandes células.

Este caso destaca o síndrome da VCS, emergência oncológica, como apresentação inicial de malignidade mediastínica, enfatizando a importância do reconhecimento precoce dos sinais clínicos. A rápida abordagem diagnóstica e terapêutica foi essencial para a estabilização do doente, evidenciando a necessidade de um elevado grau de suspeição clínica no serviço de urgência.

Muito Além da Pneumonia: Um Linfoma Difuso a Revelar-se

José Martins Dos Santos; Carla Costa; Beatriz Gamito Gonzaga; Gonçalo Peres; Nuno Alemã Serrano; Nina Jancar

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

O linfoma difuso de grandes células B é uma neoplasia agressiva que pode envolver o mediastino, manifestando-se com sintomas inespecíficos. Este caso ilustra a importância de considerar diagnósticos diferenciais em doentes jovens com sintomatologia persistente após um quadro infeccioso pulmonar.

Caso Clínico

Homem de 22 anos, previamente saudável, com diagnóstico recente de pneumonia adquirida na comunidade, recorreu ao serviço de urgência por persistência de toracalgia anterior, tosse não produtiva e ortopneia após o quadro infeccioso; adicionalmente referia edema facial e cervical e perda ponderal não quantificada com 1 mês de evolução. Ao exame objetivo, destacava-se edema facial e cervical marcado, sugestivo de síndrome de veia cava superior. A angioTC torácica revelou volumosa massa envolvendo os lobos superior e médio à direita, com áreas de necrose condicionando marcada redução do calibre da árvore brônquica, da artéria pulmonar direita e da veia pulmonar superior, com volumosas adenopatias mediastínicas, a condicionar marcada redução do calibre da veia cava superior e do tronco venoso braquiocefálico esquerdo. Por síndrome de veia cava superior iniciou corticoterapia sistémica com melhoria clínica. A biópsia mediastínica confirmou linfoma difuso de grandes células B, Ann-Arbor IV-B, IPI 3, R-IPI 3 (risco intermédio-alto) e iniciou quimioterapia com R-CHOP, com franca melhoria clínica e redução da massa mediastínica.

Discussão

A persistência de sintomas após pneumonia deve motivar investigação adicional, especialmente em doentes jovens. A apresentação clínica com síndrome da veia cava superior é um achado relevante, exigindo abordagem rápida. O caso destaca a importância da integração de exames de imagem e histopatológicos para diagnóstico precoce e início célere de terapêutica oncológica.

Malária e Síndrome Hemafagocítico

Sofia Miguelote; Marco Diogo; Paulo Ramalho; Miguel Cortez

CUF PORTO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

O Síndrome hemafagocítico (SHF) é uma desregulação imunológica caracterizada por um descontrolo inflamatório com falência multiorgânica que pode ser desencadeada por diferentes *tiggers* tal, como vírus, bactérias, fungos ou parasitas (1). De acordo com o relatório mundial sobre malária da Organização Mundial da Saúde (2023), estima-se que tenham ocorrido 249 milhões de casos em 2022, provocando 608000 mortes (2).

Caso Clínico

Mulher africana, 43 anos, residente em Portugal há 1 ano com viagens frequentes à Angola. De antecedentes de relevo obesidade grau 1. Recorreu ao atendimento permanente (AP) por febre de 39-40°C, náuseas, vômitos e diarreia com 5 dias de evolução. Analiticamente com disfunção hepática grave, BT 9.3 mg/dL, citólise hepática; disfunção renal grave, com acidose metabólica e creatinina de 5.5 mg/dL com TFG de 9 mL/min/1.73m²; disfunção cardíaca com troponinas alta sensibilidade 532 ng/L com necessidade de vasopressores e parâmetros inflamatórios aumentados e parasitemia 2.6% de *Plasmodium falciparum*, com elevado grau de gravidade: 223 pontos. Por hemólise secundária teve necessidade de 6 UE no total do internamento. hematológica com necessidade de 6UE Internada nos Cuidados Intensivos Permanentes (UCIP) por malária com critérios de gravidade (Tabela 1). Realizou Imunoglobulinas durante 2 dias e metilprednisolona 1g/dia durante 4 dias e artesunato 240 mg IV durante 2 dias e posteriormente arteméter/lumefantrina 120/20 mg por 3 dias. Durante internamento cistite por *E. coli* medicada com ceftriaxone durante 5 dias. Como critérios de SHF teve 5 dos 6 critérios de diagnóstico. Alta medicada com prednisolona 1mg/kg/dia. À data da alta com parasitemia 0%.

Conclusão

Embora rara, a SHF é uma condição potencialmente fatal. O diagnóstico baseia-se em evidência citológica ou histológicas. Esta entidade apresenta-se com clínica de esplenomegalia, citopenia, hiperferritinemia, coagulopatia e hemafagocitose. Consequentemente, os pacientes comumente apresentam falência de múltiplos órgãos, o que leva a elevada mortalidade. Este caso em particular teve uma grande relevância pela sua apresentação agressiva, com critérios elevados de gravidade, quer da malária que do SHF, com necessidade de várias transfusões sanguíneas e disfunção renal grave.

CASO DE TUBERCULOSE GANGLIONAR E MIELOMA MÚLTIPLO

Marta Amaro; Natalya Nedzelska; Mariana da Silva Alves; Carolina Cardoso; Baltazar Oliveira; Maria Aurora Duarte

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA GRAÇA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A tuberculose é uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, que na sua forma extrapulmonar representa 30% dos casos de tuberculose em Portugal, sendo a tuberculose ganglionar é uma das formas de apresentação mais frequente.

Caso clínico

Doente do sexo masculino, 53 anos, autónomo, recorreu ao serviço de urgência por sensação de enfartamento precoce e dispneia associados a cansaço, astenia, anorexia e perda ponderal >20 kg com 1 ano de evolução e franca caquexia. O doente tinha antecedentes pessoais de enfisema pulmonar, mantendo hábitos tabágicos. Sem antecedentes pessoais ou familiares de tuberculose. A avaliação analítica sem alterações relevantes, mas com banda monoclonal IgG/lambda. IGRA negativo. Realizou TC onde foi objetivada lesão expansiva de arco costal, adenomegalias axilares, derrame pleural, ascite e lesão lítica de D2 com fratura patológica. A nível pulmonar a destacar apenas enfisema, sem sinais imagiológicos de tuberculose pulmonar. Mais tarde, realizou PET que confirmou lesões osteolíticas de elevada expressão metabólica, compatíveis com doença neoplásica maligna metabolicamente activa. Durante o estudo do síndrome constitucional foi efectuada biopsia de gânglio, tendo sido à posterior pedida pesquisa de *Mycobacterium tuberculosis*, que vários semanas depois, veio positivo. Foi iniciada terapêutica quadrupla clássica, e quimioterapia dirigida à doença hematológica.

Conclusão

Este caso retrata um caso de diagnóstico de tuberculose ganglionar axilar, num doente com um quadro constitucional grave atribuído provavelmente ao mieloma múltiplo com predomínio extra-medular, ou a sobreposição de ambas. Na verdade, a clínica indolente e assintomática na maioria dos casos de tuberculose ganglionar, dificulta e atrasa muitas vezes o diagnóstico.

Síndrome Nefrótica, a importância de um diagnóstico diferencial

**Ana Catarina Domingues; Ricardo Martins-Ascencao; Patrícia Fernandes;
Mariana Gaspar Pedrosa; Margagrida Cerqueira; Ana Rita Freire; Nádia Santos;
Sónia Salgueiro; Renato Saraiva**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE LEIRIA

Tema: Doenças renais

Introdução

A síndrome Nefrótica é definido por proteinúria > 3,5 g/24H, hipoalbuminémia, dislipidemia, hipertensão, edema e/ou anasarca e hematuria microscópica. É consequência de lesão da membrana basal glomerular renal, que aumenta a sua permeabilidade, resultando na perda acentuada de proteínas.

O diagnóstico da doença subjacente a afetar a membrana é histológico, e feito através de biópsia renal.

Caso Clínico

Homem de 59 anos, sem antecedentes pessoais, recorre ao SU por edemas dos membros inferiores.

Ao exame objetivo em anasarca, sem outras alterações e sem outras queixas. À avaliação analítica com elevação de creatinina, hipoalbuminemia (<15 g/L), análise de urina com proteinúria, sem outras alterações de relevo.

Internado para estudo de provável síndrome nefrótica, iniciando corticoterapia empiricamente com metilprednisolona e reposição de albumina. Estudo mais detalhado revelou dislipidemia e proteinúria de 4 g/24H.

Realizou biópsia renal que identificou imunofluorescência compatível com Nefropatia Membranosa (ac anti-PLA2R) confirmando diagnóstico de síndrome nefrótica e identificando etiologia, tendo iniciado terapia dirigida com Rituximab.

Discussão

O reconhecimento precoce da síndrome nefrótica é essencial, pois pode ser facilmente confundida com outros diagnósticos diferenciais, como insuficiência cardíaca agudizada, cujas terapêuticas diferem. A biópsia renal desempenha um papel fundamental na identificação da etiologia, permitindo uma abordagem terapêutica direcionada, essencial para prevenir complicações e a progressão para doença renal crónica.

Quando a febre não cede: o caso de uma Leucemia Promielocítica Aguda

António Cardoso Fernandes; Patrícia Sobrosa; Sara Pereira; Diana Lopes Barros; Daniel Alves; Miguel Reis Costa; Alexandra Esteves; Luciana Sousa; Helena Terleira; Diana Guerra

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A leucemia promielocítica aguda (LPA) é uma doença hematológica rara, potencialmente fatal, que frequentemente se apresenta com infeção recorrente ou hemorragia catastrófica.

Caso Clínico

Sexo masculino, 44 anos. Antecedentes de tromboembolismo pulmonar agudo em 06/2024, uma semana após diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade. Esteve hipocoagulado durante 3 meses. Recorreu ao serviço de urgência a 30/11/2024 por queixas de astenia, febre e odinofagia com 3 semanas de evolução. Já tinha realizado ciclo de antibioterapia com Amoxicilina/Ácido Clavulânico por provável amigdalite aguda, mas sem resolução. Adicionalmente, com perdas hemáticas na orofaringe com 1 dia de evolução, mialgias e dispneia para esforços. Nega perda de peso. À admissão, com mucosas descoradas, orofaringe ruborizada, com lesões ulceradas sangrantes, e lesões esbranquiçadas na base da língua. Sem outros achados de relevo. Analiticamente, a destacar uma anemia macrocítica de novo (8.0 g/dL). Leucocitose ligeira (11490/uL), com neutropenia (300/uL) e 57% de células compatíveis com promielócitos (6700/uL). Trombocitopenia grave (7000/uL). Consumo de fibrinogénio (123 mg/dL) e elevação marcada dos D-dímeros (144051 ng/mL). Elevação marcada dos parâmetros inflamatórios (PCR 21.96 mg/dL). TC cranioencefálica com evidência de sinusite aguda, tendo iniciado Piperacilina/Tazobactam empiricamente. Assumida provável LPA de alto risco, tendo sido transferido para o Serviço de Hematologia do Hospital de São João, onde completou estudo diagnóstico, e iniciou ácido all-trans-retinoico, citorredução com hidroxiureia e Idarrubicina, com boa resposta hematológica. Confirmação histológica e imunofenotípica, com identificação da mutação PML/RARα do tipo BCR1. Boa evolução clínica, tendo tido alta, mantendo seguimento naquele hospital.

Discussão

A LPA apresenta um risco elevado de complicações, pelo que o diagnóstico e tratamentos precoces são cruciais para um bom prognóstico.

Causa atípica de alteração do estado de consciência

Mafalda Martins Ferreira Messias; Olga Korobka; Beatriz Ribeiro; Cátia Ferrinho; Manuel Carvalho; Maria Eugénia André

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE CASTELO BRANCO

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Panhipopituitarismo é a afetação da produção de hormonas hipofisárias e tem como principais causas os adenomas da hipófise e as complicações de cirurgias e irradiação de estruturas da cabeça.

A alteração transitória do estado de consciência é um motivo frequente de procura de assistência médica, mas não raras vezes não são estudadas causas metabólicas.

Descreve-se homem de 68 anos encaminhado para a consulta para estudo de síncope de repetição. De antecedentes: enfarte agudo do miocárdio e plasmocitoma da fossa nasal submetido a radioterapia. Queixas de episódios de perda de consciência, 3-5 min de duração, com astenia marcada após evento, e lipotimia por vezes com a mudança para ortostatismo. À observação, TA: 84/53 mmHg, sem variação ortostática, e FC: 48 bpm. Pedes-se ECG, holter 24h e ecocardiograma, para excluir causa cardíaca, que não tinham alterações relevantes. O estudo analítico mostrou hiponatremia (129 mmol/L).

Passo seguinte: excluir causas centrais e metabólicas. EEG, doppler dos vasos do pescoço e TC-CE sem alterações com relevância clínica. As análises mostraram osmolaridade sérica diminuída (259,3 mOsm/Kg), sódio urinário baixo (24,6 mmol/24h), osmolaridade urinária normal e hipotireoidismo central (TSH: 2,94 uIU/mL, FT4: 0,71 ng/dL), com cortisolémia normal. Perante o hipotireoidismo central com provável SIADH (apesar de sódio urinário diminuído), iniciou-se levotiroxina, pediu-se doseamento de hormonas hipofisárias, cortisol e RM da sela turca. A RM de sela turca era normal e, agora, havia hipocortisolismo secundário (cortisol: 3,74ug/dL, ACTH: 13 pg/mL).

Após discussão com Endocrinologia, pediu-se prova de Synacthen® - confirmou hipocortisolismo. Iniciou-se hidrocortisona, o que levou à normalização da natremia e do perfil tensional.

Posteriormente, manteve seguimento em consulta de Endocrinologia, evoluindo para panhipopituitarismo.

Concluindo, neste caso, temos um doente com hipotensão secundária a hipocortisolismo por panhipopituitarismo, com episódios de síncope com impacto significativo na qualidade de vida do doente. A hiponatremia deve-se a um SIADH secundário ao hipocortisolismo.

Perante um caso de síncope de repetição é importante determinar a etiologia, não ficando apenas pela exclusão de causas cardíacas, mesmo que os antecedentes a isso remetam.

Mediastinite em doente com imunodeficiência e prótese cardíaca: desafios no diagnóstico e tratamento

FÁBIO DINIS ALVES; Joana Telhada; Ricardina Macedo; Rosário Araújo; Margarida Monteiro; Olinda Sousa Caetano; Rosa Ferreira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A imunodeficiência comum variável (IDCV) caracteriza-se pela disfunção das células B com défice de imunoglobulinas. Pode apresentar manifestações clínicas múltiplas, como infeções recorrentes, doença pulmonar crónica, doenças autoimunes ou aumento do risco de malignidade.

Caso clínico

Sexo feminino, 44 anos, antecedentes de IDCV diagnosticada aos 13 anos, sob imunoglobulinas mensais, e aneurisma da aorta ascendente corrigido com válvula mecânica e conduto aórtico em 2016. Recorre ao serviço de urgência por toracalgia e febre com 2 dias de evolução. Ao exame físico apresentava-se febril, sem outra focalização. Tomografia torácica com densificação no mediastino anterior retrosternal. Isolamento de *S. cohnii* nas hemoculturas, medicada empiricamente vancomicina, com switch para linezólido por reação após primeira toma de vancomicina. Por se manter febril e isolamento de *S. aureus* nas hemoculturas, ajustada antibioterapia para flucloxacilina e daptomicina. Realizado ecocardiograma transesofágico que demonstrou volumosa massa na dependência anterior do conduto com 8 cm de espessura. Pela suspeita de mediastinite, avaliada por Cirurgia Cardiotorácica, tendo sido realizada lavagem mediastínica. Posteriormente, ajustada antibioterapia com suspensão de daptomicina consoante antibiograma de *S. aureus*. Todas as amostras colhidas durante a lavagem mediastínica apresentaram microbiológico negativo. Colhidas novas hemoculturas, sem isolamento de agente. Pela boa evolução clínica, analítica e imagiológica, alterada antibioterapia para cotrimoxazol oral como estratégia de antibioterapia supressiva.

Atualmente assintomática, sendo alterada antibioterapia para doxiciclina por pancitopenia associada ao cotrimoxazol.

Discussão

Este caso ilustra a complexidade do manejo de infeções em doentes com IDCV, particularmente em contexto de material protésico cardiovascular, exigindo uma abordagem multidisciplinar com antibioterapia dirigida e intervenção cirúrgica para controlo da infeção.

Trombocitopenia imune: da urgência ao tratamento crónico

FÁBIO DINIS ALVES; Ana João Gonzaga; Joana Telhada; Ricardina Macedo; Rosário Araújo; Margarida Monteiro; Olinda Sousa Caetano; Rosa Ferreira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A trombocitopenia imune (PTI) é uma doença autoimune caracterizada por baixa contagem plaquetária, púrpura e episódios hemorrágicos. É considerada primária quando não existe nenhum distúrbio subjacente e secundária quando está associada a uma causa externa, o que inclui fármacos, doenças autoimunes e doenças hematológicas.

Caso clínico

Doente do sexo feminino, 56 anos, sem antecedentes de relevo. Recorreu ao serviço de urgência por gengivorragia ligeira, perda hemática vaginal e equimoses dispersas. Referia síndrome gripal prévio ao início dos sintomas. Ao exame físico, petéquias nos membros inferiores e palato e múltiplos hematomas dispersos pelo corpo, sem estigmas de hemorragia ativa. Do estudo realizado, hemograma com trombocitopenia (20000/uL), sem agregados plaquetários no esfregaço. Realizada tomografia toracoabdominopélvica que não evidenciou alterações. Ficou internada para estudo etiológico. No internamento, iniciou corticoterapia com prednisolona 60 mg/dia. Do estudo etiológico realizado, excluídas causas infecciosas e imunes associadas ao quadro. Por ausência de melhoria considerável da contagem plaquetária, foi necessário aumentar a dose de prednisolona para 80 mg/dia, com posterior melhoria da contagem para 155000/uL, tendo alta para a consulta externa com esquema de desmame de corticoterapia. Com a redução de prednisolona, novo agravamento da trombocitopenia para 31000/uL, pelo que aumentou a dose de corticoide e iniciou azatioprina, com melhoria da contagem. Atualmente medicada com azatioprina 150 mg/dia, mantendo algumas equimoses dispersas, sem estigmas de hemorragia ativa.

Discussão

Este caso representa uma trombocitopenia imune primária com resposta inicial transitória à corticoterapia, necessitando de outros fármacos para controlo sintomático. O seguimento é essencial para ajuste terapêutico e prevenção de complicações, quer associadas à doença quer aos fármacos.

Tiroide ou uma causa linfóide?

Letícia Garcia Nabem; Carolina Almeida Robalo; Ana Teixeira Reis; Francisca Saraiva Santos; Margarida Gomes Neto; Pedro Carreira; Pedro Freitas; Susana Marques; Ermelinda Pedroso

CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, EPE / HOSPITAL DE SÃO BERNARDO

Tema: Doenças oncológicas

O linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) é o subtipo de linfoma não-Hodgkin mais frequente. Apresenta-se como adenopatias volumosas ou massa de crescimento rápido com localizações variadas como osso, pele, tiróide, trato gastrointestinal ou sistema nervoso central. O tratamento consiste em quimioterapia, com esquema R-CHOP, seguido de radioterapia.

Homem, 39 anos, fumador. Saudável até junho de 2024, quando apresentou 3 episódios de síncope, associados a vômitos e pródromos com alterações da visão e adinamia. Cerca de 1 mês depois surgiu tumefação cervical, associada a disfagia, dispneia e estridor inspiratório de agravamento progressivo. Realizou TAC que revelou volumosa massa na tiróide à esquerda, com estreitamento acentuado e desvio da traqueia para a direita e outra massa volumosa no lobo tiroideu direito. Apresentava extensão ao tórax, compatível com bócio volumoso. Em agosto, por agravamento das queixas de dispneia, disфония e disfagia, recorreu ao Serviço de Urgência. Analiticamente, de relevar, elevação da LDH. Por suspeita de massa cervical, foi avaliado pela Cirurgia Geral e realizou ecografia torácica que confirmou volumosa massa sólida cervico-torácica anterior, de contornos irregulares com 7.5x7x6cm e ponto de partida indeterminado. Repetiu TAC cervical e torácica que descreveu bulky mass mediastínica com 9cm e adenomegalias supraclaviculares direitas. Foi realizada biópsia com o diagnóstico de LDGCB do mediastino. O doente foi orientado para oncologia e iniciou R-CHOP com resposta terapêutica favorável ao fim do 4º ciclo, com massa cervical esquerda não palpável.

O LDGCB pode constituir um desafio diagnóstico, pela heterogeneidade da apresentação clínica. De acordo com os critérios internacionais de prognóstico, tendo em conta a idade inferior a 60 anos, a boa reserva fisiológica do doente, o valor aumentado de LDH, mais de 2 gânglios extra-nodais afetados e o estadio da doença, o risco deste doente é baixo a intermédio conferindo-lhe 81% de taxa de sobrevida média em 5 anos.

O que a dor pode esconder: Hematoma do Psoas – Um caso clínico

Filipa Novo; Teresa Santos; Luís Veiga; Raquel Cruz; Florisa Gonzalez

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA PÓVOA DE VARZIM/VILA DO CONDE

Tema: Outro

Introdução

O hematoma do psoas é uma complicação rara da hipocoagulação, geralmente unilateral. Os sintomas e sinais são inespecíficos pela anemia ou por compressão do plexo nervoso do membro inferior. Para o diagnóstico é fundamental avaliação imagiológica. A abordagem depende do estado hemodinâmico do doente, comorbilidades e hemorragia ativa. A orientação pode ser conservadora através da reversão de hipocoagulação ou pode necessitar de drenagem, embolização arterial ou cirurgia aberta.

Caso clínico

Homem de 82 anos, com factores de risco vascular e fibrilhação auricular hipocoagulada com Varfarina, foi internado por pneumonia. Na admissão hemodinamicamente estável, sem evidência de hemorragia activa. Analiticamente sem anemia, INR>10; foi suspensa hipocoagulação e fez fitomenadiona. Após normalização de INR iniciou Enoxaparina terapêutica. No 10º dia de internamento inicia hipotensão ortostática e dor na anca e membro inferior direito, sem trauma, interpretada como patologia osteoarticular sem resposta analgésica. Evolui com queda de 8g de hemoglobina, hipotensão arterial, e dor abdominal nos quadrantes direitos com defesa. A tomografia computadorizada abdomino-pélvica contrastada revela hematoma volumoso do psoas ilíaco direito de 14x8x6 cm, com extensão para a vertente posterior da fossa perirenal direita e fáscia lateroconal em toalha. Decidida abordagem conservadora após discussão com Cirurgia geral e radiologia de intervenção, por não existirem sinais de hemorragia activa. A evolução clínica, analítica e imagiológica foi favorável com reversão de hipocoagulação e suporte transfusional. Após estabilidade reiniciou hipocoagulação.

Conclusão

Este caso ilustra a importância da suspeição etiológica no diagnóstico de hematoma espontâneo do psoas em doentes hipocoagulados. Manifestações inespecíficas como hipotensão, anemia e dor persistente no membro inferior devem ser tidos como sinais de alarme. O reinício da hipocoagulação pode ser um desafio.

Um problema de canalização!

Maria Luísa Alvarenga; Cláudia Alexandra Ribeiro; Kostyantyn Romashchuk; Diana Marreiros; Rodrigo Morgado; Valentyn Roshkulets; Mónica Ferro Silva; Sara Rodrigues Silva; Filipe Dias; Pedro Laranjo; Monika Dvorakova; Margarida Santos; Inês Gomes Madeira; Cátia Albino; Sofia Sobral; Henrique Rita

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO LITORAL ALENTEJANO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

Nos fenómenos vasculíticos a lesão endotelial imunomediada é responsável pela sintomatologia sistémica característica. O quadro clínico mais típico da vasculite de pequenos vasos inclui púrpura palpável, artralgias, dor abdominal e lesão renal. Uma infeção das vias aéreas superiores é comumente reportada antes do quadro, podendo corresponder ao desencadeante imunológico na fisiopatologia. A biópsia de lesões cutâneas confirma o diagnóstico.

Caso Clínico

Homem com 85 anos, parcialmente dependente nas atividades de vida diárias, pluripatológico (patologia cardiovascular, cerebrovascular e demência) e polimedicado. Trazido ao serviço de urgência por quadro de lesões petequiais nos membros inferiores com um dia de evolução. Uma semana antes do quadro referiu quadro sugestivo de infeção respiratória. No exame objetivo detetou-se púrpura palpável, dor generalizada à palpação abdominal e edema periférico. Dos meios complementares de diagnóstico realizados destacou-se: elevação de parâmetros inflamatórios (leucocitose, neutrofilia, proteína C reativa 14 mg/dL, Velocidade de sedimentação 77 mm/1^ah); anemia (hemoglobina 5.7g/dL); trombocitopenia ligeira 100000/uL; Lesão renal aguda (Creatinina sérica 5.4mg/dL), hematúria e proteinúria 3 g/dia; Estudo microbiológico negativo; Hipocomplementémia, hipergamaglobulinémia e autoimunidade negativa (incluindo Anticorpos Anticitoplasma de Neutrófilos). Realizou biópsia de lesões cutâneas que revelou achados histológicos de vasculite leucocitoclástica.

O doente teve boa evolução com remissão clínica nos primeiros dias, sem necessitar de corticoterapia.

Discussão

Neste caso, apesar da trombocitopénia, que poderia justificar a púrpura, a apresentação clínica e os achados laboratoriais sugerem vasculite de pequenos vasos, que foi confirmada pela histologia das lesões cutâneas. Embora a ausência da técnica de imunofluorescência para deteção de imunocomplexos na histologia (limitação) a principal hipótese colocada é de vasculite IgA, mesmo que rara nos adultos. A infeção respiratória prévia pode ser assumida como desencadeante imunológico e, o curso autolimitado, sem necessidade de terapêutica (como neste caso) é mais comum na vasculite IgA, do que nos outros fenómenos vasculíticos.

Insuficiência hepática: quando um culpado não vem só

Letícia Garcia Naben; Carolina Almeida Robalo; Ana Teixeira Reis; Francisca Saraiva Santos; Margarida Gomes Neto; Pedro Carreira; Pedro Freitas; Susana Marques; Ermelinda Pedroso

CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, EPE / HOSPITAL DE SÃO BERNARDO

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

O vírus da hepatite E (VHE) é o 2º vírus de transmissão fecal-oral com maior hepatotropismo, após a hepatite A. A infeção por VHE é comum em países com acesso limitado a saneamento básico e água potável.

Mulher, 23 anos, natural de França, de férias em Portugal, recorre ao Serviço de Urgência (SU) por febre, vômitos e diarreia. Assumida gastroenterite aguda, teve alta sob tratamento sintomático. Por agravamento das queixas, associado a icterícia, voltou ao SU, realizou monoteste que se revelou positivo e teve alta. Por novo agravamento do quadro, associado a dor no hipocôndrio direito e adenopatias cervicais dolorosas, regressou ao SU. Analiticamente com linfocitose e agravamento do padrão colestásico, com bilirrubina total 21mg/dL. TAC abdominal revelou hepatoesplenomegalia significativa com área de enfarte esplênico. Ficou internada na Unidade de Cuidados Intermédios Médicos. No restante estudo, salienta-se IgM positiva para VHE. Durante o internamento verificou-se agravamento inicial, com insuficiência hepática aguda (MELD Na 30), e contacto constante com unidade de transplante hepático. Após 7 dias evoluiu com melhoria paulatina, pelo que a necessidade de transplantação foi afastada. Foram realizadas ecografias seriadas esplénicas, sem evolução para ruptura e possibilidade de anticoagulação, sem intercorrências. Melhoria laboratorial, mantendo apenas icterícia residual à data de alta.

Este caso evidencia uma concomitância menos frequente entre infeção a EBV e a VHE, o que provavelmente contribuiu para a sua maior exuberância e gravidade. Na infeção EBV, existe um risco aumentado de ruptura do baço entre o 21º e o 30º dia de doença. A infeção VHE comumente causa infeção aguda autolimitada, embora a insuficiência hepática aguda se possa desenvolver numa pequena proporção de doentes (0,5 a 4%), acarretando uma alta mortalidade se o suporte de órgão e o transplante de fígado não estiverem disponíveis, resultando numa taxa geral de letalidade de 0,5 a 3%.

Quando o álcool é a solução

Letícia Garcia Nabem; Carolina Almeida Robalo; Ana Teixeira Reis; Francisca Saraiva Santos; Daniela Brigas; Alexandra Gaspar; Susana Marques; Ermelinda Pedroso

CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, EPE / HOSPITAL DE SÃO BERNARDO

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Intoxicações por etilenoglicol causam dezenas de desfechos fatais anualmente e, mesmo em pequenas quantidades, podem produzir sintomatologia significativa, sendo a sua ação mais evidente no sistema nervoso central e renal.

Mulher, 31 anos, com diagnóstico de autismo medicada desde infância, é admitida na Urgência por intoxicação accidental por etilenoglicol (líquido de radiador). À admissão na sala de reanimação, exame objetivo sem alterações, gasimetricamente com acidémia metabólica associada a hiperlactacidémia. Efetuou sedação leve e pontual para entubação nasogástrica e realização de lavagem gástrica. Iniciados tiamina, ácido fólico e antídoto com etanol, segundo recomendação do Centro de Informação Antivenenos e a disponibilidade de fármaco na instituição. Foi transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) para monitorização. À admissão na UCI, com alteração do estado de consciência, submetida a entubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva que manteve durante 3 dias. Durante o internamento, esteve sob terapêutica de substituição da função renal (TSFR), com boa tolerância e bons débitos e manteve perfusão de etanol. Por incapacidade de doseamento de etilenoglicol e na ausência de acidémia, suspendeu-se TSFR e iniciou fomepizol. Efetuou endoscopia digestiva alta, sem alterações. Por aumento dos parâmetros inflamatórios, colheu painel de lavado brônquico que, posteriormente, isolou *Staphylococcus Aureus* e secreções brônquicas que isolaram *Staphylococcus aureus* sensível à metilicina. Iniciou antibioterapia dirigida com flucloxacilina. Do ponto de vista neurológico, inicialmente sob tiamina e ácido fólico que suspendeu após reavaliação onde não demonstra défices aparentes. Evoluiu com estabilidade clínica e ausência de complicações, tendo tido alta para domicílio, com proposta de reavaliação.

A ingestão de etilenoglicol pode apresentar alterações neurológicas como consequência tardia associadas à deposição de cristais de oxalato de cálcio sendo essencial a reavaliação breve 2 semanas após a ingesta.

Arterite de grandes vasos, um diagnóstico mascarado

Daniela Neves Russell; Marta Castanheira; Patrícia Alves; José Fragoso Duro; Filipa Sousa Gonçalves; Patrício Aguiar

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, EPE / HOSPITAL DE SANTA MARIA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

As arterites de grandes vasos (das quais faz parte a arterite de células gigantes (ACG)), são caracterizadas por inflamação crónica de vasos de grande e médio calibre, apresentando-se muitas vezes com sintomas inespecíficos, tornando o diagnóstico complexo e por vezes mascarado por outras patologias concomitantes.

Apresenta-se o caso clínico de um doente do sexo masculino, 68 anos, antecedente pessoal de doença de Fabry fenótipo late-onset com predomínio de envolvimento cardíaco (cardiomiopatia hipertrófica). Recorre ao médico assistente por quadro arrastado de tosse irritativa, astenia, anorexia, picos febris isolados e perda ponderal, com 2 meses de evolução. Inicialmente assumido diagnóstico de pneumonia, completou ciclo de antibioterapia com amoxicilina + ác. clavulânico e azitromicina, sem melhoria. Em virtude do descrito e avaliação complementar inicial a revelar padrão inflamatório sistémico (PCR 20.7, ferritina 2832 e fibrinogénio 1399), inicia-se marcha diagnóstica extensa da qual se salienta serologias infecciosas negativas (zoonoses, agentes atípicos de pneumonia e outros agentes), hemoculturas negativas, IGRA negativo e perfil de autoimunidade com anticoagulante lúpico positivo, discreto aumento do valor do fator reumatóide e amilóide sérico. Em relação a exames de imagem, realizou TC cervico-toraco-abdomino-pélvica, ecocardiograma e ecografia prostática sem achados que justificassem o quadro. Na ausência de diagnóstico, realizou ainda PET-TC que revelou uma captação vascular ao nível das artérias médio calibre do pescoço, raiz dos membros superiores, aorta abdominal distal e terminal e cavidade pélvica e em toda a extensão dos membros inferiores), corroborando o diagnóstico de ACG e iniciou de tratamento adequado com prednisolona 60mg/dia, com rápida melhoria clínica.

Este caso salienta a necessidade de uma elevada suspeição na abordagem a síndromes inflamatórias sistémicas como a ACG, onde diagnósticos comuns podem esconder patologias mais complexas, principalmente em doente idoso sem apresentação típica.

Meningoencefalite por *Listeria monocytogenes*

Nuno Cerejeira; Fernando Roxo; Jorge M Ferreira Machado; Filipa Assis Jacinto; Clara Batista; Inês Chora

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A *Listeria* é um agente incomum de infeções, mais prevalente em doentes imunocomprometidos, sendo que o atingimento neurológico é raro e potencialmente grave.

Caso clínico: Mulher, 62 anos, brasileira, com diagnóstico recente de tumor neuroendócrino bem diferenciado, de tipo carcinoide do pulmão. Por lesões expansivas intraparenquimatosas cerebrais, suspeitas de metastização, estava sob dexametasona 8mg bidoral. Trazida à urgência por prostração, febre e vômitos alimentares. Encontrava-se febril, desorientada e sonolenta; analiticamente, tinha aumento de parâmetros inflamatórios. Assumida infeção urinária com disfunção neurológica, colheu hemoculturas (HC) e urocultura e iniciou ceftriaxone. A tomografia computadorizada crânio encefálica (TC-CE) mostrou lesões ocupantes de espaço (LOE) cerebelosa direita e corticossubcortical frontal parassagital direita. As HC foram positivas para *Listeria monocytogenes* ao fim de 2 dias, levantando a suspeita de encefalite; iniciou ampicilina+gentamicina. Por depressão do estado de consciência e TC-CE com hidrocefalia, teve necessidade de admissão em intensivos e drenagem ventricular externa. Foi confirmada meningoencefalite por *Listeria* (PCR positiva no líquido cefalorraquidiano). Por suspeita de vasculite associada, iniciou corticoterapia em alta dose. Às 3 semanas de tratamento, verificada redução das LOE em ressonância magnética, questionando-se a etiologia das LOE iniciais (dada a baixa probabilidade de metastização cerebral de carcinóide). A doente completou 42 dias de antibioterapia dirigida e corticoterapia em redução de dose. Teve, melhoria progressiva sob reabilitação e foi transferida para o Brasil, a pedido.

Este caso demonstra a importância de considerar a listeriose em quadros neurológicos atípicos em doentes imunodeprimidos. A rápida identificação e instituição de antibioterapia dirigida, bem como o tratamento de suporte e reabilitação, foram cruciais para a evolução favorável da doente.

Artrite Gotosa: uma causa de síndrome inflamatório

Sofia C. Barbosa; Francisca Santos Martins; Sara S. Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ENTRE DOURO E VOUGA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A artrite gotosa é uma patologia muito comum que cursa com sintomatologia muito clássica. No entanto, o seu diagnóstico pode ser dificultado em contexto de doentes mais complexos com sintomatologia passível de ser atribuída a outras condições clínicas.

Homem de 76 anos, previamente autónomo, trabalhador rural, em seguimento na consulta de Neurocirurgia por lesão ocupante de espaço cerebral de identificação recente (três semanas). Antecedentes pessoais de hiperuricémia.

Encaminhado ao SU após objetivação de febrícula aquando da realização de biópsia cerebral eletiva. Da revisão da história clínica com a família, referência a desequilíbrios com cerca de duas semanas de evolução e períodos de maior confusão/lentificação. Sem episódios prévios de febre, vômitos ou alteração do estado de consciência. Sem queixas respiratórias, genito-urinárias ou gastrointestinais.

Ao exame objetivo, objetivado edema, rubor, calor e dor ao toque na 1º e 3º articulação MCF. Sem sinais meníngeos.

Analicamente apresentava leucocitose com neutrofilia associado a PCR de 30.85 mg/dL. A radiografia da mão direita excluiu fratura. Realizou exame sumário de urina, raio X de tórax e TAC toraco-abdomino-pélvica que excluíram foco infeccioso urinário, respiratório e abdominal. Realizada punção lombar, sem evidência de infeção do SNC. Serologias de Coxiella, Brucela, EBV e CMV, e painel de vírus respiratórios negativas.

Internado no Serviço de Medicina Interna para estudo e vigilância sob terapêutica anti-inflamatória e colchicina com resolução do síndrome inflamatório e da febre, regressão dos sinais inflamatórios da mão direita.

Este caso pretende evidenciar que a artrite gotosa não deve ser esquecida enquanto causa de síndrome inflamatória e febre, mesmo em doentes cuja complexidade obriga a investigar causas potencialmente mais raras, mas com desfechos potencialmente mais graves se não excluídas.

Hepatite: afinal a causa era outra

Carolina Gomes; Pedro Brito Guerreiro; João Barbosa Barroso; Desirée Farinha; Margarida Cortes; Bruno Guilherme Ferreira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ESTUÁRIO DO TEJO

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Introdução

A hepatite autoimune é uma doença inflamatória, mais incidente no sexo feminino e com uma prevalência de 15-25 casos por 100000 habitantes; pode apresentar-se na forma aguda, cerca de 30-40% dos casos; ou crónica (com clínica de doença hepática crónica). Laboratorialmente caracteriza-se por um aumento de aspartato aminotransferase (AST) e alanina aminotransferase (ALT), mais marcado que o aumento da fosfatase alcalina (ALP) e gama glutamil transferase (GGT). Uma das principais características é a hipergamaglobulinémia e a presença de anticorpos antinucleares (ANA). O tratamento de primeira linha é corticoterapia seguida de azatiopina.

Caso clínico

Os autores reportam o caso de uma doente de 62 anos, com história pessoal de síndrome depressiva e um internamento por hepatite tóxica secundária a psicofármacos, resolvida após suspensão dos mesmos; medicada em ambulatório com fluoxetina 20 mg, omeprazol 20 mg, trazodona 100 mg, hidroxizina 25 mg e bromazepam 1.5 mg. Admitida por icterícia e colúria com 1 mês de evolução; destacando-se apenas icterícia generalizada na observação. Analiticamente salientava-se: INR 2.39, AST 283 UI/L, ALT 184 UI/L, GGT 234 UI/L, ALP 152 UI/L, bilirrubina total 20.35 mg/dL com uma direta de 12.26mg/dL; TC abdominal revelou discreto edema periportal central; fígado, vias biliares e vesícula biliar sem alterações. Realizou colangiopancreatografia por ressonância magnética que excluiu litíase ou outras alterações. Posteriormente o estudo autoimune revelou anticorpos antinucleares e anticorpos antimúsculo liso positivos; sem hipergamaglobulinémia. Realizou biópsia hepática que demonstrou hepatite de interface com plasmócitos, com pouca necrose; a favor de hepatite autoimune. Iniciou corticoterapia, com progressiva melhoria da função hepática, tendo tido alta referenciada à consulta.

Discussão

Com este caso pretende-se alertar que a hepatite autoimune, apesar de ser um diagnóstico de exclusão, deverá sempre ser equacionado perante sintomas sugestivos, alterações laboratoriais com presença de autoanticorpos. Lembra-se que o diagnóstico atempado e o consequente início de corticoterapia tornam-se primordiais na evicção da falência hepática aguda nas formas de apresentação agressivas.

Choque séptico a *Ralstonia mannitolilytica* por corioamnionite no pós-parto: um caso raro

Carolina Gomes; João Barbosa Barroso; Pedro Brito Guerreiro; Ana Mestre; Rita Tourais Martins; Bruno Guilherme Ferreira

HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A *Ralstonia mannitolilytica* é uma bactéria bacilo gram-negativa, do gênero *Ralstonia*, habitualmente presente no solos e na água. Apesar de inicialmente não ser associada a infeções humanas, tem ganho maior destaque pelo seu comportamento como agente oportunista em ambiente hospitalar, especialmente quando há comprometimento do sistema imunológico ou na presença de dispositivos médicos e cirúrgicos contaminados.

Embora as infeções causadas por *Ralstonia mannitolilytica* sejam relativamente raras, podem manifestar-se de forma agressiva e progressiva, resultando em doença grave com mortalidade associada.

Caso clínico

Os autores reportam o caso clínico de uma grávida de 32 anos, melanodérmica, com história pessoal conhecida de doença bipolar. Admitida no serviço de Ginecologia por trabalho de parto ativo às 40 semanas; realizado parto eutócico sob anestesia locorregional sem intercorrências. No pós-parto imediato por febre, hipotensão e sudorese profunda foi assumido choque séptico, tendo sido transferida para unidade de cuidados intensivos. Iniciou fluidoterapia, suporte vasopressor com noradrenalina na dose máxima de 23mcg/min e antibioterapia com Ceftriaxona, Clindamicina e Gentamicina pela suspeita de corioamnionite. Verificou-se evolução favorável nas primeiras 24 horas com suspensão de suporte vasopressor, apirexia sustentada e redução de parâmetros de infeção.

Ao quarto dia de internamento, por isolamento de *Ralstonia mannitolilytica*, sensível a Ceftriaxone, nos 3 pares de hemoculturas suspendeu restante antibioterapia. Durante o restante internamento completou sete dias de antiobioterapia com evolução clínica e analítica favorável; tendo alta encaminhada à consulta de Medicina e Obstetrícia.

Discussão

Este caso visa relembrar que embora não exista uma imunossupressão durante a gravidez, a modulação do sistema imunitário presente, pode predispor a infeções por agentes oportunistas.

Dado que a rápida progressão para complicações severas poderá ser uma característica desses microrganismo, (sendo a *Ralstonia mannitolilytica* um dos exemplos); torna-se fundamental um diagnóstico precoce e o uso de antibioterapia empírica de largo espectro nos casos graves.

Do agravamento da demência às Lesões Ocupantes de Espaço (LOE)

Monique Alves¹; Cátia Cunha Ribeiro²; André Costa²; Joana Pona-Ferreira²; Mafalda Perdicoulis²; Rafael Jesus²; Vanessa Pires²

¹ CHTMAD

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

A demência cursa com deterioração do desempenho cognitivo e comportamental, que conduz a uma perda progressiva da autonomia. No entanto, perante alteração ou agravamento do seu estado clínico habitual, deve-se fomentar a exclusão de diagnósticos diferenciais. Assim, o agravamento cognitivo-comportamental pode ser sinal de lesões ocupantes de espaço (LOE) cerebrais, quer primárias quer secundárias, pelo que se impõe uma investigação complementar criteriosa.

Caso clínico

Mulher, 86 anos, autónoma, antecedentes de síndrome demencial. Trazida ao Serviço de Urgência por confusão mental e agitação psicomotora com cerca de um mês de evolução. Ao exame neurológico com discurso incompreensível, agitada, não nomeia nem repete, sem alterações nos pares cranianos e com força muscular preservada. Dos exames complementares de diagnóstico realizados, destaca-se a TC-CE que revelou 2 lesões ocupantes de espaço (LOE) (uma temporal anterior esquerda, arredondada, espontaneamente hiperdensa, 3.1 cm de maior eixo, com edema vasogénico associado e outra pequena lesão de natureza semelhante no tálamo direito), sugestivas de lesões secundárias. Admitida a internamento para complementar investigação. A RM-CE e a TC toraco-abdomino-pélvico não mostraram lesões neoformativas noutros órgãos, à exceção do cérebro. Após exame físico mais pormenorizado foi identificada lesão melânica no 4º dedo do pé direito. A biópsia excisional foi compatível com melanoma maligno e a doente foi orientada para a consulta de Oncologia e de Cuidados Paliativos.

Conclusão

A conjugação da realização de um exame físico completo e dos resultados dos exames complementares de diagnóstico permitiu um diagnóstico adequado. O desejável seria o reconhecimento precoce de lesões cutâneas suspeitas, aspeto fundamental para evitar a progressão do melanoma para estadios avançados.

Das retorragias à artrite séptica

Ana Padrão Ferreira; Mariana S. Lima; Ricardo Miguel Costa; Diana Ferreira Lopes; Cristiana Lopes; Marta F. Costa; Joana Sotto Mayor; Cindy Tribuna

HOSPITAL DE BRAGA

Tema:

A artrite séptica (AS) das articulações interapofisárias da coluna lombar é um diagnóstico pouco comum caracterizado pela presença de febre e lombalgia unilateral.

Homem, 55 anos, com HTA e alergia a contraste iodado, recorreu ao serviço de urgência (SU) por lombalgia esquerda e hipersudorese nocturna há 1 semana. Referia ainda perda de 5kg em 2 meses e retorragias abundantes no dia anterior. Ao exame físico, hemodinamicamente estável, apirético, dor à palpação da fossa ilíaca esquerda e da coluna lombar e toque retal com hemorroidas externas. Analiticamente: anemia, leucocitose, proteína C reativa aumentada e citólise hepática. TC Abdominal e Pélvica sem contraste com volumoso conglomerado adenopático nas cadeias ilíacas externas à esquerda. Fica internado para estudo. No internamento com VS aumentada, serologias infecciosas e imunologia negativa, eletroforese de proteínas séricas sem alterações, IGRA indeterminado, HC negativas. TC Lombossagrada sem alterações. Contacta-se Radiologia de Intervenção (RI) para realização de biópsia que ecograficamente não objetiva o conglomerado. Assim, realizou AngioTC-TAP (com apoio da Imunoalergologia) que revelou AS da articulação interapofisária esquerda de L5-S1 e fleimão/abscesso envolvendo o músculo ileopsoas. Iniciou antibioterapia (ATB) empírica com Vancomicina e Ceftriaxone. Realiza RM da coluna que confirma os achados já descritos e miosite dos músculos envolventes. Tanto RI como Ortopedia excluiu possibilidade de drenagem do abscesso. Ecocardiograma transtorácico não mostrou vegetações. Realizou ainda exames endoscópicos que não mostraram alterações de relevo. Ao fim de 47 dias de ATB endovenosa teve alta medicado com Ciprofloxacina e Doxiciclina oral. Manteve seguimento em consulta de Infecçiology e teve alta após melhoria imagiológica.

A AS interapofisária com abscesso é uma situação pouco descrita, associa-se a febre e lombalgia, muitas vezes sem ponto de partida identificado. Este caso é relevante pelo atraso no diagnóstico final devido à ausência de febre, presença de retorragias e conglomerado adenopático inicialmente descrito, os quais direcionavam para uma provável etiologia neoplásica.

Malabsorção de vitamina D após cirurgia bariátrica: otimização terapêutica

Beatriz Parreira¹; Ana Rita Queirós²; Leila Amaro Cardoso¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÓNIO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

O défice de vitamina D é prevalente na prática clínica, mas subdiagnosticado dada a apresentação inespecífica. As populações de risco incluem doentes com obesidade e condições de má absorção intestinal, nas quais a absorção deste micronutriente lipossolúvel se encontra comprometida, com redução da sua biodisponibilidade devido ao aumento da deposição no tecido adiposo. Este caso realça a importância da monitorização dos níveis séricos de 25(OH)D em populações de risco e da seleção criteriosa da terapêutica.

Caso Clínico

Mulher de 50 anos, com antecedentes de síndrome antifosfolipídico, tiroidite autoimune e obesidade, submetida a bypass gástrico em 2023. Estava medicada com varfarina, levotiroxina e um polivitamínico contendo colecalciferol e cianocobalamina.

Apresentava queixas de fadiga há sete meses, associadas a mialgias e artralguas difusas. Negava perdas hemáticas, dispneia, insónia, roncopatia ou sintomas depressivos. O exame objetivo não revelou alterações. Analiticamente, não apresentava anemia e os valores de TSH, CK e parâmetros inflamatórios eram normais. Face à persistência dos sintomas e ao contexto de malabsorção, foi solicitado doseamento do nível sérico de 25(OH)D, que revelou deficiência grave (9 ng/ml), apesar da adesão confirmada à suplementação com colecalciferol.

Perante a hipótese de má absorção intestinal e ineficácia da suplementação com colecalciferol, e na ausência de outros sinais de alarme, iniciou-se suplementação com calcifediol 0,266 mg semanalmente, seguido de administração quinzenal e, posteriormente, mensal. Quatro meses após a alteração terapêutica, verificou-se a restituição dos níveis séricos de 25(OH)D para valores adequados e a resolução completa das queixas.

Discussão

Nos doentes com obesidade e malabsorção intestinal, é essencial uma abordagem individualizada e a escolha criteriosa da suplementação. O calcifediol, sendo uma forma pré-hidroxilada da vitamina D, evita essa etapa metabólica, apresentando uma absorção mais eficiente e independente da função hepática ou intestinal. Além disso, tem menor afinidade pelo tecido adiposo, resultando numa maior biodisponibilidade.

Tuberculose disseminada em doente idoso: um desafio diagnóstico

Luísa Veiga de Sousa; Flávio Ribeiro; Fábio Reis; Eduarda Pena; Nídia Pereira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A tuberculose disseminada é uma forma incomum de reativação de um foco latente em doentes imunodeprimidos. Caracteriza-se por envolvimento multiorgânico e a sintomatologia pode ser inespecífica. São raros os casos descritos em imunocompetentes.

Homem de 82 anos, com antecedentes de substituição de válvula aórtica por bioprótese e da aorta ascendente por conduta e reparação de hérnia abdominal, recorre ao Serviço de Urgência por quadro constitucional, febre, tosse e diarreia crónicas. Do estudo realizado: elevação da velocidade de sedimentação (90 mm/h) e tomografia computadorizada de tórax com infiltrado micronodular difuso e consolidação dos lobos inferiores. Colonoscopia realizada 6 meses antes com lesões ulcerativas do cólon ascendente com infiltrado inflamatório granulomatoso na mucosa e submucosa com células gigantes multinucleadas de tipo *Langhans*. Iniciou antibioterapia empírica com piperacilina-tazobactam e ficou internado em isolamento de partícula por suspeita de tuberculose pulmonar. A *Polymerase chain reaction* de *Mycobacterium tuberculosis* foi positiva na expectoração, exame cultural com teste de sensibilidade aos antibiótico multissensível. Realizou Tomografia por emissão de positrões (PET) com captação de fármaco peri-conduto da aorta ascendente e peri prótese abdominal, assumindo-se atingimento presuntivo destas estruturas por tuberculose. Assim, assumida infeção disseminada tendo realizado doze meses de tratamento com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol com resolução clínica e imagiológica.

Sendo rara em adultos imunocompetentes, a tuberculose disseminada é de difícil diagnóstico. Exige uma forte suspeição e é essencial realizar uma investigação exaustiva e iniciar tratamento atempado para melhorar o prognóstico.

Comportamento sugestivo de malignidade - um caso clínico

Carolina Paula; Mafalda Leal; Ana Catarina Pina Pereira; Carlota Lalande; Jorge Salsinha Frade; Maria Meneses Rebelo; Luís Coelho; Maria Francisco; Beatriz Barata; Sofia Salvo; Madalena Lisboa

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Outro

Introdução

Os quistos ováricos são comuns estando presentes em cerca de 18% das mulheres pós-menopausa, sendo frequentemente benignos. São fatores de risco para malignidade lesões superiores a 10cm, massas multiloculares, com projeções papilares, componentes sólidos, irregularidades ou septações, presença de ascite ou hipervascularidade.

Caso Clínico

Mulher de 83 anos com quadro consumptivo, dispneia, aumento de perímetro abdominal e edema de membros inferiores desde há 4 meses. À observação com abdómen distendido, circulação colateral exuberante, diminuição do murmúrio vesicular no terço inferior de ambos os hemitórax e edema dos membros inferiores. Analiticamente com hemoglobina de 5.54 g/dL, ureia 101 mg/dL, creatinina 1.69 mg/dL, CA125 54.3 U/mL. Estudo de imagem mostrou volumosa lesão quística multiloculada (16x25x31cm) a condicionar compressão extrínseca de vários órgãos, com uretero-hidronefrose bilateral, bem como da veia cava inferior, revelando trombose venosa extensa ilíaca e femoral bilateral. Sem evidentes projeções papilares ou espessamentos parietais suspeitos.

Teve ainda 2 episódios de hematemeses com repercussão hemodinâmica; endoscopia com esofagite grau D e hérnia de deslizamento (que se admite secundária à elevada pressão intra abdominal).

Perante várias complicações por compressão extrínseca, discutido caso com Ginecologia tendo-se optado por estratégia de descompressão em primeiro tempo com drenagem de 6500cc de líquido seroso; cuja citologia se revelou negativa para células neoplásicas. Aguarda anexectomia e histerectomia em segundo tempo.

Discussão

Este caso salienta que patologias benignas se podem comportar e apresentar características sugestivas de malignidade, sendo que a abordagem deve ser definida pelo comportamento das lesões e complicações associadas e não pela benignidade ou malignidade das mesmas.

Caso Clínico: Polineuropatia Axonal Sensitiva por Deficiência de Vitamina B12 em Doente Vegano

Daniela Filipa Silvano Mauricio; Ana Margarida Coutinho; Teresa Alfaiate; João Costelha; Adélia Simão; Lèlita Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A deficiência de vitamina B12, um problema prevalente em indivíduos que seguem dietas veganas sem a devida suplementação, pode levar a complicações neurológicas sérias, incluindo a polineuropatia. Esta condição, caracterizada por lesão dos nervos periféricos, manifesta-se através de sintomas como parestesias, dor neuropática e disfunção autonómica. O reconhecimento precoce e a intervenção terapêutica são cruciais para prevenir sequelas neurológicas irreversíveis.

Descrição do Caso

Homem de 30 anos, com histórico de dieta vegana desde 2022, foi encaminhado à consulta de Medicina Interna devido a edema nos membros inferiores com dois anos de evolução, exacerbado nos últimos três meses. Adicionalmente, referia dor em “queimação” nos pés, com intensidade de 5/10, predominante no período noturno e exacerbada pelo contato com lençóis. Relatava alívio da dor com a anteflexão do tronco. Ao exame físico, foram constatados rarefação pilosa no terço distal dos membros inferiores, petéquias na face plantar dos pés e equimose nos segundo e terceiro dedos do pé esquerdo, sem histórico de trauma local. O paciente negava outros sintomas sistémicos, como febre, fadiga ou perda de peso. A investigação laboratorial revelou deficiência de vitamina B12, e a eletroneuromiografia confirmou o diagnóstico de polineuropatia axonal sensitiva.

Discussão

A deficiência de vitamina B12 é uma causa comum de polineuropatia em indivíduos que adotam dietas veganas, especialmente na ausência de suplementação adequada. A dor neuropática, a rarefação pilosa, as petéquias e as equimoses observadas no caso em questão são consistentes com o padrão de comprometimento sensitivo distal característico da polineuropatia por deficiência de B12. A resposta clínica à reposição de vitamina B12 pode ser variável, sendo que, em casos de neuropatia estabelecida, a melhora clínica pode ser mais lenta e gradual.

Conclusão

A polineuropatia secundária ao déficit de vitamina B12 deve ser considerada em doentes com sintomas neuropáticos, especialmente naqueles com histórico de dieta vegana. O diagnóstico precoce, através do doseamento de vitamina B12 e realização de eletroneuromiografia, e a instituição de terapêutica são fundamentais para prevenir a progressão da neuropatia e o desenvolvimento de sequelas neurológicas permanentes.

Do Acidente Vascular ao Linfoma

Margarida Guiomar; Catarina Reis Barão; Ana Margarida Silva; Inês Matias Lopes; Henrique Atalaia Barbacena; Raquel Soares; Fábila Cerqueira; Federica Parlato; António Martins Batista

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças hematológicas

Os linfomas primários do sistema nervoso central (LPSNC) são uma forma rara de linfoma não-Hodgkin extra-nodal, frequentemente associados a estados de imunossupressão, infecção por vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) ou vírus Epstein-Barr (EBV). Mulher de 86 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, cardiopatia isquémica e hipotireoidismo, admitida por desequilíbrio da marcha com um mês de evolução, associado a episódios transitórios de desorientação, disartria e hemiparesia. Internada um ano antes por acidente isquémico transitório, com três episódios semelhantes posteriormente. Durante o internamento apresentou agitação e alucinações visuais. A tomografia computadorizada (TC) crânio-encefálica revelou lesão hemorrágica hemisférica cerebelosa esquerda, subaguda, com efeito de massa sobre o IV ventrículo e recesso lateral, sugestiva de enfarte isquémico com transformação hemorrágica *versus* lesão expansiva. A ressonância magnética confirmou a presença de volumosa lesão na fossa posterior, envolvendo o hemisfério cerebeloso esquerdo. VIH e EBV negativos. Líquido cefalorraquidiano com ligeira hiperproteínoorraquia e NSE aumentado (11,9 ng/mL), exames microbiológico e anatomopatológico negativos. TC toraco-abdomino-pélvica sem evidência de neoplasia. Foi realizada biópsia estereotáxica que revelou o diagnóstico de LPSNC. Como intercorrências a referir hematoma parenquimatoso agudo pós-biópsia e tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral grave, com necessidade de reintrodução hipocoagulação. Iniciou corticoterapia para controlo sintomático e teve alta referenciada para Consulta de Hematologia onde iniciou esquema de quimioterapia incluindo metotrexato em alta dose. Este caso é representativo por um lado dos desafios no diagnóstico diferencial dos AIT em idosos, bem como a dificuldade na gestão da hipocoagulação em doentes com TEP e elevado risco hemorrágico.

Tuberculose Ganglionar e Mieloma Múltiplo: Um Desafio Diagnóstico e Terapêutico

João Rio; Inês Bento Andrade; João Pedro Ramos; Alexandra Silvestre; Alice Sousa; Pedro Ferreira Nunes; Helena Novo De Sousa; Francisca Lourenço Ramos; Cândida Fonseca; Margarida Urpina Matias

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, EPE / HOSPITAL DE S. FRANCISCO XAVIER

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

A tuberculose ganglionar é a forma extrapulmonar mais comum da tuberculose, mas a sua coexistência com o mieloma múltiplo é rara. A imunossupressão induzida pela neoplasia hematológica pode dificultar o diagnóstico e o tratamento da infeção. Apresentamos um caso que ilustra os desafios na abordagem destas duas patologias concomitantes.

Caso Clínico

Mulher de 33 anos, evacuada da Guiné-Bissau, referindo parésia progressiva dos membros inferiores, lombalgia, anorexia, perda ponderal e tosse com expectoração há 2 anos. À observação, apresentava adenopatias cervicais e massa no pescoço. A tomografia computadorizada revelou múltiplas lesões líticas ósseas, adenomegalias cervicais com necrose central e fratura patológica de D12. A biópsia ganglionar identificou granulomas caseosos compatíveis com tuberculose, enquanto a eletroforese de proteínas séricas revelou um pico monoclonal IgG lambda, confirmando mieloma múltiplo. Iniciou terapêutica antibacilar (rifampicina + isoniazida) e, após estabilização, quimioterapia com bortezomib, posteriormente ajustada para VRD (bortezomib, lenalidomida, dexametasona).

Discussão

O caso evidencia a complexidade do diagnóstico diferencial entre infeção e neoplasia em doentes imunossuprimidos. A presença de lesões líticas e adenomegalias necrosadas levou à necessidade de múltiplas investigações para excluir infeção ativa antes do início da quimioterapia. A abordagem terapêutica exigiu um equilíbrio entre o controlo da tuberculose e a progressão do mieloma, com ajuste da quimioterapia para minimizar o impacto da imunossupressão. Este caso reforça a necessidade de uma abordagem multidisciplinar e personalizada..

Pielonefrite Obstrutiva, será apenas isso?

Joana Monteiro; Rita Matos Santos; Ana Filipa Martins; Cleide José Maria; Inês Brito Gonçalves; Mariana Ruivo; Luis Campos; José Pimentel Maia; Alexandra Mendes; Rosa Macedo Carvalho; Joana Moraes; Maria João Regadas

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema:

Introdução

O linfoma da zona marginal é um subtipo incomum de linfoma não-Hodgkin (LNH), apesar do envolvimento generalizado, a maioria dos pacientes são assintomáticos no momento do diagnóstico, sendo o diagnóstico frequentemente tardio.

Caso clínico

Mulher de 71 anos, com antecedentes de gastrectomia subtotal por carcinoma gástrico. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro de tremores, arrepios de frio e tosse não produtiva. No SU, objetivou-se febre, LRA e aumento da PCR, assim como, uma urocultura positiva para *Klebsiella variicola*; Ecografia renovesical com moderada hidronefrose à direita que se estendia até ao cruzamento com os vasos ilíacos, onde era visível imagens nodulares. Para melhor esclarecimento realiza tomografia computadorizada toracoabdominopélvica (TC-TAP) com várias adenomegalias em diferentes localizações, salientando-se um conglomerado ilíaco externo direito a condicionar uretro-hidronefrose direita por compressão uretral no plano de cruzamento com os vasos ilíacos e presença de hepatoesplenomegalia. A doente foi internada por pielonefrite obstrutiva direita por conglomerado adenopático abdominal de etiologia desconhecida, a condicionar uma uretro-hidronefrose e LRA. Colocado um cateter duplo J à direita e realizada biopsia do conglomerado adenopático abdominal. Cumpriu antibioterapia dirigida. A doente teve alta, tendo posteriormente o resultado da anatomia patológica a revelar um linfoma da zona marginal, estando a doente agora a ser seguida em consulta de hematologia.

Conclusão

O caso apresenta uma clínica inespecífica. As alterações clínicas e analíticas objetivadas associadas a clínica inicialmente descrita faz-nos olhar na direção da patologia reno-vesical de provável etiologia infecciosa. Dado a ausência de sintomatologia B em momento algum inicialmente foi equacionada a possibilidade de uma doença hematológica. Este caso mostra que devemos ter mente aberta a todas as possibilidades e que por vezes os diagnósticos não são lineares.

A sífilis ao longo do tempo: abordagem clínica e laboratorial

Mariana Dias Maia; Ana Bento Leite; Joana Castro Rocha; Rosa Lemos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA PÓVOA DE VARZIM/VILA DO CONDE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A Sífilis é uma doença sexualmente transmissível reemergente mas muitas vezes subdiagnosticada. A sua clínica pode mimetizar outras patologias. Na presença de fatores de risco e achados sugestivos, perante o alto índice suspeição, deverá ser doseado *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) sérico. A elevação deste título confirma o diagnóstico e permite o início de tratamento.

Homem, 34 anos, fumador. Admitido por febre, mialgias, artralgias (cotovelos, punhos, ancas, joelhos e tornozelos), e perda ponderal (7 kg/6 meses). Referida última relação sexual 6 meses antes, não protegida. Objetivado rash maculo-papular nas palmas das mãos e adenomegalias cervicais, axilares e supraclaviculares. Analiticamente apresentava leucocitose e elevação de proteína C reativa (10mg/dL). Do estudo etiológico, encontraram-se VDRL positivo (título 1/2), TPHA positivo (1/1280), *Fluorescent treponemal antibody absorption* (FTA-ABS) IgM e IgG positivos. Os anticorpos anticardiolipina IgM/IgG, beta 2 glicoproteína IgM/IgG e factor reumatóide positivos foram interpretados como reação cruzada por Sífilis. Restante estudo imune e serológico negativo. Evidenciou-se esplenomegalia de 13cm na ecografia abdominal e várias adenomegalias jugulo-carotídeas direitas na ecografia cervical. A biópsia de adenomegalia axilar mostrou inflamação reactiva, com negatividade para micobactérias. Após diagnóstico de Sífilis secundária, iniciou-se antibioterapia com benzilpenicilina benzatinica 2.4 intramuscular uma vez por semana durante 3 semanas com evolução favorável. Na consulta, após 1 ano, assintomático, repetiu-se VDRL positivo (título 1/2), sem subida no título relativamente ao valor prévio e FTA ABS IgM negativo, excluindo-se infeção ativa. FTA ABS IgG e TPHA (1/1280) positivos demonstraram infeção no passado. Os anticorpos anticardiolipina e beta 2 glicoproteína IgM/IgG negativaram. Ecografia abdominal sem esplenomegalia.

A sífilis poderá ser um diagnóstico diferencial de manifestações clínicas variadas. No seguimento, deverá ser doseado FTA ABS IgM após 6 meses/1 ano, e caso seja positivo, deve ser descartada neurosífilis. Se houver nova exposição de risco, deverá repetir-se VDRL e só valorizar se houver subida de título. TPHA permanecerá sempre positivo após infeção prévia e não deverá ser repetido.

Hipomagnesemia: Causa de Défices Neurológicos a não esquecer

Carolina R. Oliveira; Laura Oliveira Cainé; Dany Cruz; João Mota; Alexandra Leitão; Carlos S. Oliveira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BARCELOS/ESPOSENDE

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

Hipomagnesemia é definida como níveis séricos de magnésio abaixo do limite normal (<0.7 mmol/L, podendo variar entre laboratórios). A causa deste distúrbio pode ser atribuída a aumento de perdas gastrointestinais ou aumento da excreção renal de magnésio. Níveis baixos de magnésio apresentam-se muitas vezes associadas à hipocalcemia, hipocalcemia e alcalose metabólica, e sintomas inerentes a estas alterações. Adicionalmente o doente poderá ter manifestações neuromusculares, como hiperexcitabilidade neuromuscular, fraqueza muscular e confusão.

Caso Clínico

Homem, 78 anos. Apresentava como antecedentes de relevo múltiplos fatores de risco vasculares, fibrilhação auricular hipocoagulada com Rivaroxabano, AIT em território ACME e psoríase eritematosa em placas. Recorreu ao Serviço de Urgência por queixas de desequilíbrio da marcha e alterações da linguagem desde há 2 semanas. Adicionalmente apresentava quadro de 6 dejeções líquidas por dia, com tempo indeterminado de evolução. Do estudo realizado, a destacar uma TC-CE sem alterações de relevo, do estudo analítico, o doente apresentava magnésio $<0,3$ mg/dL sem outros parâmetros alterados. Dado Hipomagnesemia grave, iniciou perfusão de magnésio com boa repercussão analítica. Realizou RM-CE que não demonstrou alterações agudas. Após restabelecimento dos níveis de magnésio, verificou-se reversão total dos défices. Posto isto, a hipomagnesemia, causada por aumento de perdas gastrointestinais, foi assumida como aparente causa das alterações neurológicas apresentadas.

Discussão

Este caso clínico destaca a importância de considerar a hipomagnesemia como uma causa de alterações neurológicas, especialmente em doentes com comorbilidades e perdas gastrointestinais importantes. A correção rápida dos níveis de magnésio resultou na reversão completa dos sintomas neurológicos, evidenciando a relevância da monitorização eletrolítica.

Febre de Origem Indeterminada: Quando a Doença de Still é a Resposta

Mariana Santos Pinheiro; José Paz Melo; Rosário Calado; Francisco M. M. Pinheiro

HOSPITAL DE BRAGA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A Doença de Still do Adulto (DSA) é uma patologia inflamatória rara, caracterizada por febre alta, artralrias, rash evanescente e leucocitose. O seu diagnóstico é clínico e de exclusão. Este caso ilustra um quadro de febre de origem indeterminada, no qual a DSA foi diagnosticada através dos critérios de Yamaguchi.

Descrição do Caso

Sexo masculino, 52 anos, sem história de doenças autoimunes conhecidas, admitido por febre persistente há um mês (picos diários $>39^{\circ}\text{C}$), poliartralrias, odinofagia e perda ponderal de 5 kg em um mês e meio. Sem sintomas respiratórios, gastrointestinais ou cutâneos. Ao exame físico, sem exantema ou artrite evidente.

Os exames laboratoriais revelaram leucocitose ($15.300/\text{mm}^3$) com neutrofilia ($12.400/\text{mm}^3$), elevação da proteína C reativa (233 mg/L), ferritina significativamente elevada (3012 ng/mL) e transaminases aumentadas. Autoanticorpos (ANA, fator reumatóide e ANCA) negativos. O TC toracoabdominopélvico sem sinais de infeção ou neoplasia.

Com base nos critérios de Yamaguchi (três maiores: febre, artralrias e leucocitose com neutrofilia; e dois menores: odinofagia e autoanticorpos negativos), foi estabelecido o diagnóstico de DSA. Iniciou-se corticoterapia com prednisolona, com rápida melhoria clínica e redução dos parâmetros inflamatórios (PCR de 45 mg/L; VS de 95 para 82 mm/h).

Discussão

A DSA é um desafio diagnóstico, frequentemente confundida com infeções, neoplasias ou doenças autoimunes. O atraso na identificação pode levar a complicações graves, como a síndrome de ativação macrofágica. O aumento expressivo da ferritina é um achado sugestivo, embora não específico. A resposta favorável aos corticoides confirma o caráter inflamatório da doença.

Conclusão

A febre de origem indeterminada requer uma abordagem sistemática para evitar diagnósticos errados. Este caso reforça a importância dos critérios clínicos e laboratoriais na DSA, permitindo um tratamento precoce e eficaz. A alta suspeição é essencial para evitar complicações e melhorar o prognóstico dos doentes.

Derrame pericárdico - idiopático outra vez?

Inês Silva¹; Sara Silva²; Inês Marques²; Cátia Dias²; Pedro Neves¹; Joana Barros¹; Ana Pessoa¹

¹ CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO AVE, EPE / UNIDADE DE VILA NOVA DE FAMALICÃO

² CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO AVE, EPE / UNIDADE DE SANTO TIRSO

Tema: Doenças cardiovasculares

O derrame pericárdico é a acumulação de líquido entre o pericárdio visceral e parietal, podendo associar-se a uma variedade de etiologias. A clínica varia de acordo com o tempo de instalação e o volume de líquido, desde a ausência de sintomas até à instabilidade hemodinâmica. O ecocardiograma transtorácico é o *gold standard* no diagnóstico, e o tratamento deve ser dirigido à causa.

Apresenta-se o caso de uma mulher, de cinquenta e três anos, com antecedentes de pericardite idiopática e doença renal crónica, internada por pielonefrite. Na TC abdominal realizada em contexto diagnóstico, surge o achado de “derrame pericárdico de grande volume com pericárdio espessado”, sem tradução clínica ou ecográfica de sinais de gravidade. Iniciado o estudo etiológico, verifica-se, em exames prévios, o relato de derrame de pequeno volume dez meses antes. No internamento, evolui para *swinging heart* com aumento do volume, de predomínio esquerdo (2728mm), em ecocardiogramas seriados. Excluem-se causas infecciosa, autoimune, neoplásica e urémica. Definido em plano conjunto com Cardiologia inicia prova terapêutica com colchicina e, posteriormente, com corticoterapia - ambas sem resposta - pelo que é aceite para pericardiocentese eletiva. São drenados 550mL de líquido pericárdico, de aspeto citrino e com características de transudado. É isolada a espécie *Corynebacterium durum*, considerada como contaminac,ão, dada a ausência de clínica de infeção ou de elevação dos parâmetros inflamatórios, exceto no período da pielonefrite. Assume-se etiologia idiopática e a doente tem alta para domicílio, clinicamente estável e assintomática, com derrame de 5mm.

Este caso reforça a heterogeneidade desta entidade, idiopática em 50% dos casos, com impacto direto no tratamento e prognóstico. A doente mantém seguimento em consulta de especialidade com reavaliação em exame de imagem, dada a probabilidade de refazer o derrame, sendo expectável um bom prognóstico.

Hemorragia intracerebral na Endocardite infecciosa: uma complicação rara e potencialmente fatal

Garcieth Gomes; Filipa Figueiredo; Teresa Válido; Carolina Chumbo; Ana Rita Tomás; Constança Coutinho; Ana Órfão

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE AMADORA/SINTRA

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

A hemorragia intracerebral (HIC) ocorre em cerca de 5% dos casos de endocardite infecciosa (EI) e é habitualmente atribuída à rutura de aneurismas micóticos, mesmo quando não é possível demonstrar a sua presença, uma vez que estes podem ser obliterados pela HIC. Esta também pode resultar da erosão séptica da parede arterial com rutura ou da transformação hemorrágica de AVC isquémicos.

Caso clínico

Homem de 64 anos, portador de prótese biológica aórtica há 3 anos, internado eletivamente para estudo de perda ponderal de 20% e anorexia desde há 2 meses, associado a lombalgia e febre há 1 semana. O estudo realizado revelou a presença de bacteriemia a *Streptococcus bovis*, iniciando antibioterapia dirigida com Penicilina. Documentada focalização múltipla, com endocardite da válvula aórtica protésica, espondilodiscite em L5/S1 confirmada por biópsia, isquémia renal e enfartes esplénicos. Por alucinações visuais, fez TC crânioencefálica (CE) com evidência de lesão hemorrágica em fase subaguda na região occipital esquerda. Por dúvida quanto à etiologia séptica/vascular desta lesão, 3 semanas depois realizou RM CE com novas lesões hemorrágicas e lesões isquémicas de instalação recente, admitidas como secundárias a embolização séptica. Ao longo do internamento, o doente apresentou uma evolução clínica e analítica favorável. Contudo, ao 41º dia de internamento, verificou-se uma alteração súbita do estado de consciência, com escala de coma de Glasgow de 8 e posteriormente de 3. Repetiu angio-TC CE que revelou extensa hemorragia têmporo-insular direita, exuberante hemorragia subaracnoideia da base do crânio e irregularidade de M1/M2 com hemorragia associada. Verificou-se um rápido agravamento do estado clínico, com óbito poucas horas depois.

Discussão

Apesar da HIC ser a complicação neurológica da EI menos frequente, é a que apresenta um pior prognóstico, devendo ser rapidamente diagnosticada de forma a avaliar a possível indicação cirúrgica.

RED LIPS - Apresentação comum de uma doença rara

Sofia Diogo Chaves; Ramiro Sá Lopes; Joana Pereira; Mirinelde Samson; Cristina Sousa; Catarina Mendonça; Célia Ribeiro; Tiago da Cruz Nogueira; Joel Monteiro

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE / HOSPITAL DE FARO

Tema: Doenças raras

Introdução

O pênfigo corresponde a um grupo de doenças bolhosas autoimunes que afetam as superfícies epidérmicas da pele e das mucosas. O pênfigo vulgar (PV) é a variante mais comum, podendo estar associado a um prognóstico grave cuja mortalidade era de 60-90% antes do aparecimento de corticoides sistémicos. Trata-se de uma doença rara podendo ser um diagnóstico desafiante.

Caso Clínico

Mulher, melanodérmica de 57 anos, com antecedentes pessoais de Hipertensão Arterial Primária e Diabetes Mellitus tipo 2, medicados e controladas, refere o aparecimento de lesões ulceradas, punctiformes, avermelhadas, com limites definidos, dolorosas e sangrantes nos lábios superior e inferior, com mais de 5 meses de evolução. Diz ainda que as mesmas agravam com o calor, ácido e picante. Medicada com perindopril 10mg/dia, gliclazida 60mg, 2xdia, dapagliflozina 10mg/dia, metformina 1000mg/dia, insulina lantus 35UI/dia. Terá iniciado recentemente anti-hipertensor, cuja suspensão não resultou na resolução dos sintomas. Por agravamento das queixas álgicas, das lesões com hemorragia e descamação fácil, edema recorreu ao Serviço de Urgência (SU). Analiticamente, sem alterações relevantes.

Colocou-se como diagnóstico provável pênfigo. Realizou biópsia da lesão no SU por Estomatologia, e iniciada prednisolona 0,5mg/kg/dia. A anatomia patológica da lesão descreve “descolamento/clivagem intra-epidérmico supra basal da epiderme com presença de células acantolíticas. Derme papilar com infiltrado linfocitário perivascular e eosinófilos, compatíveis com PV”.

Verificou-se remissão completa das lesões após um mês da terapêutica instituída, mantendo apenas corticoide tópico com doença controlada há 4 meses.

Discussão

Com este caso pretende-se sensibilizar para uma apresentação comum de uma doença rara com prognóstico potencialmente fatal. A abordagem multidisciplinar na identificação das lesões e na instituição do tratamento adequado é crucial para um correto diagnóstico e para uma evolução mais favorável do quadro clínico.

Acidentes isquémicos transitórios lacunares de repetição ... existem?

Joana Formiga Viegas; João Bernardo Pereira; Inês Carvalho Sousa; Ana Paula Vilas

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, EPE / HOSPITAL DE SANTA MARIA

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

Os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) lacunares resultam da obstrução de uma artéria perfurante com origem numa artéria cerebral de maior calibre [uma das artérias do polígono de Willis, Artéria Cerebral Média (ACM) ou artéria basilar], com enfarte dos núcleos da base, cápsula interna, tálamo, corona radiaria ou ponte. Embora represente até 25% dos AVC isquémicos, é o tipo de AVC menos bem estudado, pois antes apenas podia ser estudado através da autópsia.

Assim, os mecanismos etiopatogénicos não são inteiramente conhecidos, admitindo-se a lipohialinose, ateromatose (microateroma da artéria penetrante ou ateroma da artéria-mãe que bloqueie a perfurante), o ateroembolismo (com origem em artérias intra ou extra-cerebrais) e, talvez, o cardioembolismo.

Caso Clínico

Mulher, 77 anos, com HTA de longa data, habitualmente mal controlada, que iniciou episódios autolimitados, com duração de poucos minutos, de parésia da mão direita. Internada neste contexto, objetivaram-se vários episódios de parésia atáxica do membro superior direito, passando estes a acompanhar-se de disartria. A TC-CE não evidenciou lesões vasculares agudas. A RM-CE evidenciou enfartes lacunares bi-hemisféricos. O ecodoppler carotídeo mostrou placa ateromatosa heterogénea da ACM esquerda, condicionando estenose de 60%. Foi submetida a endarterectomia, passando a assintomática.

Discussão

O caso apresentado refere-se a Acidentes Isquémicos Transitórios (AIT) lacunares do tipo hemiparésia atáxica (dysarthria-clumsy hand syndrome), por ateroembolismo com ponto de partida na ACI esquerda. Realça que o ateroembolismo com ponto de partida nas carótidas, que usualmente resulta em AVC isquémicos não lacunares, também pode causar AVC lacunares; mais, que pode causar AIT lacunares, também apelidados por alguns como capsule warning síndrome, visto associarem-se a um risco elevado de AVC lacunar. Relembra ainda a falta de conhecimento que persiste atualmente relativamente aos enfartes lacunares.

Pneumonia por *Klebsiella pneumoniae* produtora de carbapenemases: um desafio terapêutico

Andre Filipe Rodrigues Abreu; Lèlita Santos; Arsénio Santos; Daniela Santos; Beatriz Ribau

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças respiratórias

Introdução

A *Klebsiella pneumoniae* é uma causa frequente de infeções nosocomiais, nomeadamente respiratórias e urinárias.

O aumento das resistências antimicrobianas e de infeções por bactérias resistentes a múltiplos antibióticos, particularmente por *K. pneumoniae* produtora de carbapenemases (KPC), está associado a elevadas taxas de morbilidade e mortalidade.

A pneumonia por KPC é uma infeção rara e as opções terapêuticas são limitadas.

Caso Clínico

Mulher, 70 anos, recorreu ao serviço de urgência por dor torácica pleurítica com irradiação dorsal, com 7 horas de evolução. Apresentava internamento recente por neutropenia febril secundária a agranulocitose por metamazol, complicada com sépsis por pneumonia, tendo cumprido meropenem e vancomicina.

Ao exame objetivo, apresentou-se hipotensa, taquicárdica, taquipneica e com saturação periférica de oxigénio de 95%. A auscultação pulmonar revelou a presença de murmúrio vesicular bilateral, sem ruídos adventícios.

Analiticamente, objetivou-se leucocitose (11G/L), neutrofilia (8.83G/L) e aumento da proteína C reativa (8.76mg/dL).

A radiografia do tórax mostrou uma área radiopaca no campo pulmonar esquerdo. Realizou uma tomografia computadorizada que demonstrou áreas de consolidação subpleurais e nódulos pulmonares cavitados, tendo sido iniciado empiricamente ceftriaxone.

A cultura de expetoração foi positiva para KPC, com alteração da antibioterapia para colistina e meropenem.

No 8º dia de internamento, por lesão renal aguda e suspeita de nefrotoxicidade associada a colistina, ajustou-se a antibioterapia para ceftazidima/avibactam, com estabilização clínica progressiva e resolução da infeção.

Em reavaliação após 2 meses, a doente encontrava-se assintomática.

Discussão

A KPC constitui um importante agente patogénico hospitalar, atualmente em crescente isolamento nos hospitais de todo o mundo.

Torna-se crucial a sua rápida deteção laboratorial, a adoção de medidas de prevenção e controlo da disseminação e o tratamento adequado.

Síndrome hemofagocítica: A tempestade inflamatória e seu impacto fatal

**Ana Carina Baldino; Patricia Serpa Soares; Sandra Sepulveda; Catarina Serafim;
Monica Spencer Pereira; Pedro Costa**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A síndrome hemofagocítica resulta de ativação excessiva do sistema imunitário, assente em três mecanismos: alterações imunológicas, hemofagocitose e tempestade de citocinas. Esta síndrome é tipicamente da primeira infância, mas pode ocorrer em qualquer idade. O seu diagnóstico é dificultado pela complexidade clínica, raridade e diversidade de causas, levando ao atraso no tratamento e consequente prognóstico.

Caso Clínico

Doente de 41 anos, sexo masculino que recorreu ao serviço de urgência por astenia, anorexia, febre, aumento do perímetro abdominal, edema dos membros inferiores, icterícia e colúria com 2 semanas de evolução. O exame físico revelou ascite, circulação colateral, hepatomegalia dolorosa à palpação, flapping e edema dos membros inferiores. Dos exames realizados destacou-se: anemia macrocítica e hipoalbuminémia graves, trombocitopenia, prolongamento do TP e alterações sugestivas de hepatite alcoólica aguda e doença hepática crónica descompensada, o que ditou o internamento. Uma semana após a alta, o doente voltou ao serviço de urgência por agravamento da sintomatologia inicial com anemia, hiponatremia e hiperbilirrubinemia agravadas, sendo novamente internado. Durante o internamento, desenvolveu quadro febril com posterior diagnóstico de infeção por SARS-CoV2 e apresentou também gamapatia monoclonal IgG Kappa, alterações no esfregaço de sangue periférico e aumento de células reticulo-macrofágicas com imagem de hemofagocitose em mielograma. Realizou ainda biópsia osteomedular com o diagnóstico de gamapatia monoclonal de significado indeterminado. Assim, perante um doente com febre, esplenomegalia, bicitopenia, hiperferritinemia, hipertrigliceridemia e documentação de hemofagocitose, suspeitou-se de Síndrome Hemofagocítica. Embora sob esquema de etoposido+dexametasona o doente acabou por falecer.

Discussão

O presente caso clínico, demonstra a dificuldade diagnóstica da síndrome hemofagocítica e como a história natural da doença leva, quase sempre, a desfechos desfavoráveis.

Carcinoma seroso de alto grau – um diagnóstico desafiante

Patrícia Tinoco Araújo; Ana Frederica Parente; Alexandra Esteves; Maria Vilela; Duarte Silva; António Ferreira; Cátia Barreiros; Emília Guerreiro; Diana Guerra; Carmélia Rodrigues

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

Carcinoma seroso de alto grau (CSAG) é o tipo de cancro de ovário mais comum (~70% dos casos). Frequentemente, o diagnóstico ocorre em estadios avançados (III ou IV).

Caso Clínico

Feminino, 84 anos. Autónoma. Desde jun/24 com edema dos membros inferiores (MIs) e em out/24 com anemia ferropénica (Hb 9.4g/dL) e obstipação. Em jan/25 recorre ao SU por aumento do perímetro abdominal, enfartamento pós-prandial e perda ponderal. Exame físico: abdómen indolor, ascite sem tensão; edema dos MIs. Análises: anemia N/N (Hb 9), creatinina 1.55, perfil hepático sem alterações, LDH 196, VS 69mm, PCR 6,20mg/dL, BNP normal. TC TAP: derrame pleural bilateral de pequeno volume; ascite com sinais de “omental caking” e carcinomatose peritoneal; adenopatias abdominopélvicas. Avaliação inicial de ginecologia: exame ginecológico e ecografia vaginal sem alterações. Paracentese: líquido ascítico (LA) citrino, 509 leucócitos (66% mononucleares), GASA 0.6, proteínas 5g/dL. CA 125: 1377U/mL. Internada para estudo. Citologia LA: negativa. EDA normal. EDB: sem progressão além do sigmóide por formação de ansa não redutível. Realizada biópsia ao peritонеu (24/1): CSAG. RM pélvica: lesão quística anexial bilateral complexa, suspeita de neoplasia, com 98x32mm, contíguo com implantes peritoneais, várias áreas de espessamento envolvendo o útero e o sigmóide distal (invasão provável). Consulta de grupo oncológico-ginecológico: assumido CSAG do ovário/trompas, estadio IV. Avaliada em consulta de Oncologia a 3/Mar, proposta quimioterapia com carboplatina.

Discussão

O diagnóstico do cancro do ovário pode ser desafiante, mesmo em estadios avançados. Neste caso, o diagnóstico só foi obtido após biópsia de peritонеu e posteriormente RM.

Pancitopenia febril secundária a défice de vitamina B12

Ricardo Ascensão; Beatriz Marques; Catarina Domingues; Bruno Campos; Joana Raquel Monteiro; Dolores Gomes; Renato Saraiva

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE LEIRIA

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A pancitopenia é uma condição caracterizada pela redução de leucócitos, hemácias e plaquetas, podendo ter diversas etiologias, desde défices nutricionais até múltiplas condições hematológicas. O défice de vitamina B12 é uma causa rara mas reversível de pancitopenia grave, podendo apresentar-se com sintomas sistémicos como astenia, sintomas gastrointestinais, e em situações raras, febre. Este caso clínico descreve um quadro de pancitopenia febril associada a um défice grave de vitamina B12 num doente com dieta lacto-vegana.

Caso Clínico

Homem de 23 anos, sem antecedentes relevantes, admitido no serviço de urgência com quadro de náuseas, vômitos, febre e prostração. Exames laboratoriais revelaram pancitopenia grave com hemoglobina de 5.3 g/dL, leucopenia (2.300/ μ L) e trombocitopenia (52.000/ μ L), além de macrocitose (VCM 113.5 fL) e hiperbilirrubinemia indireta, sem elevação de reagentes de fase aguda. O esfregaço sanguíneo mostrou macrocitose e neutrófilos hipersegmentados. No internamento constatou-se vitamina B12 em níveis indetectáveis (<50 pg/mL), compatível com anemia megaloblástica severa. O utente recebeu suplementação intramuscular de cianocobalamina, com melhoria laboratorial e clínica progressiva em 12 dias, tendo tido alta hospitalar com normalização dos parâmetros hematológicos. Não se identificou qualquer microorganismo que justificasse o quadro febril inicial do utente.

Discussão

O défice de vitamina B12 pode originar pancitopenia por hematopoiese ineficaz, sendo mais frequente em indivíduos com dietas restritivas. A febre associada permanece de causa pouco clara mas pode decorrer da disfunção imunológica secundária à leucopenia ou da hiperatividade medular. O diagnóstico diferencial inclui patologias hematológicas primárias, infecciosas e autoimunes. Neste caso, a história alimentar e a resposta à terapêutica confirmaram a etiologia. Este caso reforça a importância da avaliação nutricional e da reposição de vitamina B12 em doentes com dietas restritivas.

Um caso raro de síndrome serotoninérgica a tramadol e bupropion

Ricardo Ascensão; Bruno Campos; Catarina Domingues; Joana Raquel Monteiro; Renato Saraiva

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE LEIRIA

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução

A síndrome serotoninérgica é uma condição clínica potencialmente fatal frequentemente associada ao uso de antidepressivos clássicos, como os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) e os inibidores da monoaminoxidase (IMAO). No entanto, alguns fármacos não tradicionalmente ligados a esta síndrome, como a bupropiona e o tramadol, podem desencadeá-la de forma inesperada, sobretudo quando em associação, tornando o diagnóstico um verdadeiro desafio. A falta de reconhecimento dessa associação pode atrasar a abordagem adequada e comprometer o prognóstico.

Caso clínico

Mulher de 74 anos, autónoma, com antecedentes de fibrilhação auricular, hipotireoidismo, hipertensão, e síndrome depressivo foi admitida no serviço de urgência após ingestão voluntária de 4500 mg de bupropiona e 750/6500 mg de tramadol/paracetamol. À chegada, apresentava apenas lentificação psicomotora e desorientação. Realizou lavagem gástrica, não tendo realizado terapêutica farmacológica antagonista por se tratarem de doses muito inferiores aos valores letais segundo o CIAV. Cerca de 10 horas após admissão inicia quadro de clonus ocular e dos membros, hiperreflexia e nistagmo horizontal persistente. TC-CE sem alterações. O quadro neurológico suscitou suspeita de uma síndrome serotoninérgica, confirmada pelos critérios de Hunter, apesar da ausência de fármacos serotoninérgicos típicos. A utente foi medicada com oxazepam para controlo dos sintomas neuromusculares e manteve-se vigiada enquanto aguardava o washout dos fármacos, tendo apresentado resolução dos sintomas após 48h e mantido evolução favorável.

Discussão

Este caso realça um desafio diagnóstico da síndrome serotoninérgica perante fármacos não típicos como a bupropiona, que não atua diretamente em receptores de serotonina, e o tramadol, que possui ligeira atividade serotoninérgica, muitas vezes subestimada ou desconhecida. O reconhecimento precoce da síndrome permitiu uma rápida abordagem com vista a minimização dos sintomas.

Um caso raro de linfadenopatias cervicais: Doença de Kikuchi Fujimoto

**Ricardo Ascensão; Catarina Domingues; Bruno Campos; Adriano Neto; Cátia Faria;
Joana Raquel Monteiro; Renato Saraiva**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE LEIRIA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A doença de Kikuchi-Fujimoto trata-se de uma entidade rara mas benigna, mais comum em mulheres jovens, caracterizada por uma linfadenite necrotizante comumente associada a infeções por EBV, CMV, toxoplasmose, HIV e vírus herpes.

Caso clínico

Sexo feminino, 29 anos, autónoma, com antecedentes de eczema atópico e cirurgia das amígdalas e adenoides na infância. Sem medicação habitual.

Referenciada para consulta de medicina interna por múltiplas formações adenopáticas agrupadas a nível cervical, todas do lado esquerdo, com cerca de 2 meses de evolução. Referia quadro de cervicálgia de difícil resolução e artralgia migratória associada (inicialmente punhos, depois ombros e posteriormente joelhos), que cedia a AINES. Apresentou também alguns episódios autolimitados de febre e sudorese noturna sem outros sintomas constitucionais descritos.

À observação apresentava adenopatias palpáveis à esquerda nas regiões supraclavicular, cervical posterior, submandibular e cadeia do nervo acessório. Analiticamente com ligeira leucopenia, VS de 22 mm/h, PCR baixa, e ECA ligeiramente acima do limite. Imune a EBV, CMV e rubéola. Sem outros achados imunológicos, hematológicos ou microbiológicos. A TC do pescoço evidenciou gânglio posterior ao esternocleidomastóideo com 10,5mm e 11,2mm, para-espinal esquerdo com 16,2mm, supraclavicular com 14,9mm e jugulodigástrico com 14,3mm. Biópsias excisionais de dois gânglios que revelaram linfadenite necrotizante histiocítica, especificamente sugestiva de doença de Kikuchi-Fujimoto.

A utente acabou por apresentar resolução da oligoartralgia e das adenopatias 6 meses após o início do quadro apenas com tratamento sintomático.

Discussão

O diagnóstico da doença de Kikuchi-Fujimoto é unicamente anatomopatológico. Trata-se de uma condição benigna de resolução espontânea. No entanto os sinais e sintomas associados obrigam à suspeição e exclusão de patologias como doenças linfoproliferativas, inflamatórias, autoimunes e infecciosas.

Vasculite ANCA-MPO: Uma Causa Rara de Insuficiência Renal e Epistáxis Recorrente

Patrícia Varanda Dias; Patrícia Fonseca Ribeiro; Diogo Macedo; Catarina Amaral; Mariana Fidalgo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

As vasculites ANCA são patologias raras com elevada morbimortalidade se não reconhecidas precocemente. Caracterizam-se por inflamação necrotizante de pequenos vasos, frequentemente com envolvimento renal e pulmonar.

Caso Clínico

Homem, 74 anos, antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica, défice de alfa-1 antitripsina e tiroidite autoimune, admitido no serviço de urgência por dispneia e tosse com expectoração mucóide com 1 semana de evolução. Referia episódios recorrentes de epistáxis, síndrome sicca e perda ponderal de 8% nos últimos 2 meses. Objetivamente subfebril, polipneico e cianótico. Gasimetria arterial com insuficiência respiratória tipo 1. Analiticamente, lesão renal aguda com creatinina sérica 4,12 mg/dL, exame de urina com hematúria e proteinúria (Proteína/Creatinina 0,9 g/g). Ecografia renovesical sugestiva de nefropatia, sem evidência de causa obstrutiva. Do estudo imunológico, ANCA-MPO positivo. Assim, vasculite ANCA-MPO com atingimento renal grave (mas sem critérios urgentes de diálise) e respiratório. Transferido para Nefrologia, tendo realizado biópsia renal e tratamento de indução com pulsos de corticóide e ciclofosfamida, com boa resposta.

Discussão

As vasculites ANCA podem manifestar-se insidiosamente com sintomas constitucionais, frequentemente interpretados como de possível etiologia infecciosa ou neoplásica, dificultando e atrasando o seu diagnóstico. A poliangeíte microscópica está mais associada a ANCA-MPO (55-65% dos casos). O atingimento renal é frequente, embora raramente como manifestação inicial, podendo evoluir para insuficiência renal terminal. O rápido diagnóstico e o tratamento imunossupressor adequado e atempado melhoram a sobrevida.

Conclusão

Este caso pretende alertar para a necessidade de considerar precocemente a vasculite ANCA-MPO perante quadros sistémicos com lesão renal grave de etiologia incerta. A instituição precoce de terapêutica é fundamental para a evicção de complicações irreversíveis.

Síndrome de Kounis ou excesso de adrenalina?

André S. Carvalho; Beatriz Teixeira Lima; Ana Catarina Camarneiro; Rosário Santos Silva; Sara Joana Faria; Susana Magalhães

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO MONDEGO

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução

O vasospasmo coronário é uma causa rara de síndrome coronária aguda (SCA). Pode ocorrer em contexto de anafilaxia, resultante do efeito direto de mediadores inflamatórios associados à reação de hipersensibilidade (ex. histamina e triptase) ou do efeito inesperado da adrenalina utilizada no seu tratamento.

Caso Clínico

Mulher de 71 anos admitida na urgência por quadro com três horas de evolução de edema da face e dispneia em repouso, com início súbito após ingestão de mandioca crua. Antecedentes de diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensão arterial e dislipidémia, medicada cronicamente com ácido acetilsalicílico 100mg id, metformina 1000mg 2id, rosuvastatina 5mg id e valsartan+hidroclorotiazida 80+12.5mg id. À observação apresentava-se agitada, polipneica, com respiração estridulosa e angioedema palpebral e labial. TA 141/77mmHg, FC 74bpm e SatO₂ 98%. Auscultação pulmonar com sibilância inspiratória dispersa. Foi medicada com adrenalina 0.5mg im, hidrocortisona 200mg iv, clemastina 2mg iv e budesonide+formoterol 640+18mcg in, sem resposta clínica, pelo que repetiu adrenalina 1mg im. Minutos depois foi objetivada descida tensional, com TA 109/77mmHg e bradicardia sinusal de 45bpm, acompanhadas de mal-estar generalizado. Realizou ECG, que revelou supra-desnivelamento de ST em V1 e aVR e infra-desnivelamento em V3-V6, I e II, ao qual se seguiu um vômito alimentar e subida da TA 210/90mmHg. Foi administrado dinitrato de isossorbida 5mg sl, com progressiva melhoria clínica e eletrocardiográfica. Angio-TC coronária realizada no dia seguinte excluiu doença arterial aterosclerótica.

Discussão e Conclusão

A Síndrome de *Kounis* é uma SCA alérgica, desencadeada pela ação de mediadores inflamatórios associados à ativação mastocitária, que pode ser potenciada ou confundida pelo efeito vasoconstritor idiossincrático da adrenalina. Nestes casos, raros na prática clínica, é difícil discernir a etiologia da isquémia, devendo prevalecer a utilização desta última para tratamento da anafilaxia.

Parvovírus B19: Um Desafio Diagnóstico Além da Infância

Sofia Festa Correia Vale; Adriana Pereira Almeida; Isabel Viana Novo; Filipa Guedes; Inês de Albuquerque Monteiro; Bernardo Silvério; Sofia Teixeira; Pedro Macedo Neves

CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO AVE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A infeção por Parvovírus B19 é tipicamente associada ao eritema infeccioso nas crianças. Nos adultos, apresenta uma diversidade de manifestações, como sintomas *influenza-like*, poliartralgias, mialgias e eritema cutâneo. Em alguns casos, pode evoluir para complicações graves, como crises aplásticas transitórias e anemia crónica em indivíduos imunocomprometidos. Este caso ilustra o desafio diagnóstico da infeção por Parvovírus B19 num adulto saudável.

Caso Clínico

Mulher de 42 anos, professora, autónoma, com antecedentes pessoais conhecidos de hérnia cervical e síndrome depressivo. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de cervicalgia, mialgias, e febre de início no dia anterior, tendo tido alta medicada sintomaticamente. Retornou ao SU, 3 dias depois, por agravamento do quadro referindo rash cutâneo no tronco, poliartralgias e febre persistente (máxima 39,7°C). Ao exame físico, a destacar palidez, eritema cutâneo do tronco, sem presença de adenopatias ou rigidez de nuca; auscultação cardíaca e pulmonar, bem como exame abdominal sem alterações. Analiticamente presença de pancitopenia (Hb 11,8 g/dl, leucócitos 1190 /mm³, plaquetas 70.000 × 10⁹ / L) e PCR 1,87mg/dl. Admitida em internamento para estudo. Tomografia Computadorizada abdominal revelou hepatoesplenomegalia, sem outras alterações significativas; Vírus respiratórios e hepáticos negativos, assim como HIV, CMV e EBV. A serologia para Parvovírus B19 foi positiva para IgM, sugerindo infeção aguda. Durante o internamento com resolução dos sintomas e normalização dos parâmetros laboratoriais. À data da alta, encontrava-se apirética, sem queixas e com boa evolução clínica.

Discussão

A infeção por Parvovírus B19 em adultos apresenta uma ampla gama de manifestações clínicas, desde sintomas leves a complicações graves. Este caso sublinha a importância de considerar o Parvovírus B19 no diagnóstico diferencial de adultos com febre, mialgias e pancitopenia, especialmente em contexto epidemiológico compatível. Dadas as apresentações clínicas variadas e o potencial para complicações graves, é crucial aumentar a conscientização e a consideração do Parvovírus B19 no diagnóstico diferencial de adultos que apresentam sintomas compatíveis.

Hepatite A: uma apresentação atípica com evolução grave

José Pimentel Maia; Alexandra Mendes; Joana Monteiro; Rita Matos Santos; Ana Filipa Martins; Cleide José Maria; Inês Brito Gonçalves; Mariana Ruivo; Luis Campos; Rosa Macedo Carvalho; Joana Moraes; Maria João Regadas

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Introdução

A hepatite A é uma infecção vírica com baixa incidência em países desenvolvidos, caracterizado por dor, icterícia, colúria e acolia. No entanto, pode haver apresentações atípicas, especialmente em adultos jovens imunocompetentes. Este caso clínico descreve um caso de hepatite A aguda com manifestações incomuns, destacando a importância de um diagnóstico precoce.

Caso clínico

Doente de 25 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com 4 dias de evolução de intolerância alimentar, náuseas persistentes, vômitos aquosos, diarreia, febre, mialgias e escurecimento progressivo da urina. Nega consumo de novos fármacos, drogas ou alimentos não pasteurizados, bem como picadas e contexto epidemiológico, porém com história de relações sexuais desprotegidas. Analiticamente, com citólise hepática com Transaminase glutâmico-oxalacética (AST) e Alanina Aminotransferase (ALT) na ordem dos 3000, leucopenia trombocitopenia e serologia positiva para hepatite A (IgM e IgG). Excluídas causas obstrutivas e outras infecções concomitantes, como VIH e outras hepatites, pelo que foi assumido o diagnóstico de hepatite A. Função hepática e citólise agravaram nos primeiros dias com AST a atingir 6534 e ALT 5574, INR 1.8, sendo necessário internamento em Unidade de Cuidados Intensivos para realização de protocolo de acetilcisteína, com boa resposta clínica e analítica. Seguiu-se fase hiperbilirrubinémica, com menor gravidade. Passado um total de 7 dias, foi possível dar alta ao doente, com estabilidade clínica e analítica em melhoria.

Discussão

A hepatite A pode apresentar-se de forma atípica, especialmente em adultos jovens, como demonstrado neste caso, onde a ausência de icterícia visível no início e a colúria progressiva dificultavam o diagnóstico. A resolução completa da lesão hepática grave e a normalização gradual das enzimas após tratamento com acetilcisteína destacam a eficácia deste protocolo terapêutico, além de reforçarem a importância de uma abordagem vigilante na gestão da hepatite vírica aguda.

Policondrite Recidivante após Trauma Auricular - Um Diagnóstico a Considerar

Iara Fazenda; Eduardo Viana; Daniel Lima Alves; Ana Frederica Parente; António Cardoso Fernandes; Patricia Araújo; Sara Armelim Alves; Joana Costa Lemos; Alexandra Esteves; Diana Guerra; Carmélia Rodrigues

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A policondrite recidivante (PR) é uma doença rara (prevalência estimada de 9/1,000,000), caracterizada por episódios de inflamação recorrente de estruturas cartilaginosas. O diagnóstico precoce representa um desafio devido às suas manifestações heterogêneas similares a outras patologias mais frequentes e à ausência de biomarcadores específicos. Este caso contribui para o conhecimento sobre esta patologia rara, alertando para uma manifestação comum de uma doença incomum.

Mulher, 43 anos. Foi ao SU por eritema, prurido e dor nos pavilhões auriculares após trauma auricular direito há 7 dias. Inicialmente, assumida lesão herpética e medicada com valaciclovir. Na ausência de melhoria, reavaliada por Otorrinolaringologia que, suspeitando de erisipela, prescreveu flucloxacilina e corticoterapia. Por manter sintomas, avaliada por Cirurgia Geral que assumiu celulite e excluiu necessidade de drenagem. Avaliada por Medicina Interna, que excluiu sintomas sistêmicos. Objetivamente: eritema e edema bilateral dos pavilhões auriculares (mais pronunciado à esquerda), com lesões bolhosas milimétricas e delimitação bem definida. Laboratorialmente, sem leucocitose ou elevação dos parâmetros inflamatórios. Na suspeita de PR, alta medicada com AINEs, com resolução completa em 1 semana. Mantém seguimento após 2 anos, com apenas 2 episódios de recorrência ligeiras autolimitadas. Follow-up em consulta excluiu etiologia secundária e envolvimento multissistémico de forma exaustiva.

Este caso destaca a importância de considerar PR no diagnóstico diferencial de inflamação auricular bilateral. O diagnóstico precoce sendo essencialmente clínico e baseado no curso recidivante da doença, é essencial para evitar terapêuticas desnecessárias e suas complicações. O seguimento estruturado permite capacitar os doentes para autogestão da doença e deteção precoce de complicações potencialmente graves (estenose subglótica, traqueomalacia, envolvimento cardiovascular), que ocorrem em 10-30% dos casos.

Impetigo

Bruno Santos Teixeira; Francisco Castro Sousa; Ricardo Sá Martins; João P. Santos; Cindy Fazenda; Constantin Sitari; Joana Pestana; Catarina S. Madeira

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE / HOSPITAL DE FARO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

O Impetigo é uma doença infecciosa da pele, que afeta principalmente a face, mais comum em crianças e causada maioritariamente por *S. aureus* ou *S. pyogenes*, que se manifesta com formação de crostas amareladas (crosta melicérica) rodeadas de eritema.

Doente de 57 anos, do sexo feminino, sem antecedentes pessoais conhecidos. Realizou tratamento dermatológico, com azoto líquido, na hemiface direita por assimetria da coloração da pele, após o qual inicia quadro de descamação cutânea na região intervencionada, com crosta amarelada, prurido, eritema e edema. Recorre ao serviço de urgência a 31/03/2024, onde se assume Impetigo com base em critérios clínicos. Realizou colheita cultural das lesões por zaragatoa, e foi medicada empiricamente com Mupirucina tópica e Cotrimoxazol via oral. É reobservada no serviço de urgência após 3 dias de tratamento, apresentando evolução favorável das lesões, pelo que manteve terapêutica. A 24/04/2024 é reavaliada em consulta de Medicina Interna, com melhoria franca do quadro, evolução documentada fotograficamente, com lesões mais secas, resolução do eritema, e melhoria da sintomatologia. O estudo microbiológico do exsudado cutâneo foi positivo para *Staphylococcus aureus*.

Quando o Derrame Pleural é a Primeira Pista: Um Caso de Carcinoma Avançado de Origem Oculta

Inês Domingues; Beatriz Santos; Patrícia Santos; Vanda Spencer

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

O derrame pleural pode ser a manifestação inicial de uma neoplasia oculta, com um desafio diagnóstico diferencial amplo. A associação entre carcinomas bilio-pancreáticos e derrame pleural metastático é rara, exigindo investigação detalhada e abordagem multidisciplinar.

Caso Clínico

Homem de 72 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2 e tabagismo, admitido por dispneia progressiva, anorexia, fadiga e perda ponderal de 10 kg com 1 mês de evolução. Na última semana, com toracalgia pleurítica direita, sem febre, sudorese ou hemoptises. À observação encontrava-se emagrecido, polipneico e hipoxémico, com abolição do murmúrio vesicular no hemitórax direito. A radiografia torácica revelou derrame pleural direito volumoso. Realizou toracocentese com líquido pleural sugestivo de exsudado com citologia positiva para malignidade. A tomografia computadorizada (TC) torácica evidenciou atelectasia homolateral, nódulos pulmonares, espessamentos pleurais e lesão lítica em D12. A biópsia pleural demonstrou metastização por adenocarcinoma, com imunohistoquímica sugestiva de provável origem urotelial ou biliopancreática. A TC abdominopélvica revelou massa renal esquerda e nódulo hepático suspeitos com metastização óssea difusa. A tomografia por emissão de positrões confirmou doença metastática extensa, com envolvimento pleural, pulmonar, renal, hepático, ósseo e ganglionar. A biópsia renal revelou carcinoma metastático compatível com origem biliopancreática. Assumiu-se derrame pleural metastático de adenocarcinoma de provável origem bilio-pancreática com metastização sistémica. Por agravamento da dispneia e dor refratária, realizada nova toracocentese com colocação de dreno, tendo evoluído desfavoravelmente até ao óbito, sem diagnóstico definitivo do tumor primário.

Discussão

Este caso ilustra a complexidade diagnóstica do derrame pleural neoplásico em contexto de carcinoma de origem oculta. A metastização pleural por carcinoma biliopancreático é rara, mas pode ocorrer em doença avançada. A disseminação metastática extensa dificultou a identificação do tumor primário, reforçando a importância do estudo imunohistoquímico na orientação diagnóstica.

DO SINTOMA COMUM...AO DIAGNÓSTICO FATAL

Joana Diogo; Jana Zelinova; Hernando Campos; Veronica Spinu; Catarina Mota

HOSPITAL CUF DESCOBERTAS

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias**Introdução**

O termo mucormicose refere-se a um grupo de infecções necrotizantes de ocorrência rara causadas por fungos da ordem Mucorales, sendo que a espécie *Rhizopus* é responsável por 70% dos casos de envolvimento rino-orbita-cerebral. A primeira manifestação da mucormicose é muitas vezes a rinorreia purulenta unilateral, comum a quadros benignos e que raramente levanta a suspeição diagnóstica.

Caso Clínico

Homem de 63 anos de idade, com diabetes mellitus tipo 2 e miastenia gravis, imunossuprimido com prednisolona 10 mg/dia, admitido por obstrução nasal e rinorreia mucopurulenta com 3 semanas de evolução e diplopia intermitente 1 semana antes.

À observação, apresentava diplopia na posição superolateral esquerda, edema palpebral superior e exoftalmia ligeira. Endoscopia nasal com evidência de lesão endonasal medial ao corneto médio, com rinorreia mucopurulenta espessa no meato médio e recesso esfenotmoidal, mucosa do septo nasal com sinais de necrose e exposição da cartilagem septal anteriormente.

Laboratorialmente tinha Hb 12.9 g/dl, GB 6.8×10^3 /ul, Pla 250×10^3 /ul, PCR 1.73 mg/dl.

A RM de crânio e face revelou extenso processo infeccioso sino-nasal com coleção abcedada da hemifossa nasal direita, extensão intracraniana (dois abscessos fronto-basais) e intra-orbitária.

Perante rinossinusite purulenta com fistulização para a órbita e SNC, foi submetido a desbridamento transnasal extenso e 12 desbridamentos subsequentes, a par de terapêutica prolongada com anfotericina B.

Recuperou clinicamente mantendo estrabismo divergente à direita e diplopia na versão para a esquerda, com franca melhoria imagiológica das lesões.

Discussão

O diagnóstico de mucormicose rino-cerebral era, antes de 1960, quase sempre fatal. A associação da anfotericina B ao debridamento cirúrgico eficaz reduziu significativamente a taxa de mortalidade, ainda assim elevada. O diagnóstico exige um alto índice de suspeição e, quando atempado, pode evitar um desfecho frequentemente desfavorável.

Rabdomiólise Induzida por Esomeprazol: Uma Complicação Rara com Consequências Graves

**Sofia Festa; Adriana Pereira Almeida; Inês Rafael Marques; Sara Marques Silva;
Inês de Albuquerque Monteiro; Tatiana Salazar; Sofia Teixeira; Pedro Macedo Neves**

CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO AVE

Tema: Outro

Introdução

A rabdomiólise é caracterizada pela destruição das fibras musculares esqueléticas, resultando na libertação de conteúdo intracelular, como a mioglobina, da qual pode resultar complicações graves, como lesão renal aguda. As causas comuns de rabdomiólise incluem trauma ou lesão muscular, exercício físico exagerado, distúrbios metabólicos ou genéticos, infeções e tóxicos, como medicamentos. A correlação entre o esomeprazol e a rabdomiólise ainda não é completamente compreendida, no entanto já existem casos descritos na literatura.

Caso Clínico

Homem, 43 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de dor muscular difusa com 5 dias de evolução, associada a fraqueza progressiva, urina escurecida e mal-estar geral. Negou qualquer tipo de atividade física, mas referiu início recente de esomeprazol 40 mg/dia para tratamento de dispepsia funcional, prescrito há 7 dias. Ao exame objetivo a destacar apenas dor à palpação muscular difusa, especialmente nos membros inferiores, sem alterações ao exame neurológico. Analiticamente Creatina quinase: 4500 U/L, Mioglobina sérica 1800 U/L; lesão renal aguda, creatinina 1,89mg/dL e hipocalcemia 2.8mmol/L. Foi admitido em internamento para estudo e após exclusão de todas as outras causas (trauma, esforço físico, infeção, tóxicos, autoimune, distúrbios metabólicos ou genéticos), e revista a literatura, assumida rabdomiólise no contexto do esomeprazol, tendo tido alta com resolução de todas as disfunções. Reavaliado em consulta precoce com resolução total das alterações analíticas.

Discussão

Este caso clínico ilustra a rara associação entre o esomeprazol e a rabdomiólise. Embora o mecanismo exato pelo qual o esomeprazol possa contribuir para o desenvolvimento da rabdomiólise ainda não seja completamente esclarecido, esta pode ser uma reacção adversa grave que deve ser considerada como diagnóstico de exclusão.

Lombalgia e febre como apresentação de endocardite

Inês de Almeida Rodrigues; Emanuel Silva Pereira; Catarina Costa; Marta Cunha; Margarida França

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÓNIO

Tema: Doenças cardiovasculares

A endocardite representa um desafio diagnóstico, principalmente perante a ausência de dados microbiológicos que guiem a terapêutica, podendo atrasar o seu diagnóstico e tratamento. Os eventos embólicos são complicações que influenciam o tratamento e o prognóstico.

Homem de 82 anos, com antecedentes de fibrilhação auricular sob hipocoagulação, prótese aórtica biológica, insuficiência mitral moderada-grave e extração dentária recente com profilaxia de endocardite. Admitido por suspeita de pielonefrite a *E.coli*, com quadro de lombalgia aguda, febre e área de hipoeogenicidade renal na tomografia computadorizada (TAC). Verificada evolução desfavorável, com dor abdominal, febre e parâmetros inflamatórios em crescendo. Reavaliação imagiológica com evidência de enfartes renal e esplénicos. Ecocardiograma transesofágico (ETE) a confirmar vegetação extensa mitroaórtica, pelo que se assumiu endocardite infecciosa (EI) com multiembolização e se iniciou antibioterapia empírica. Do estudo realizado: hemoculturas sustentadamente estéreis, serologias de agentes atípicos e estudo imunológico negativos e ausência de evidência de neoplasia ativa. Apesar de hipocoagulado, evolução clínica a cursar com evento isquémico cerebral. Recusada proposta de cirurgia valvular. Após 6 semanas de ceftriaxone e gentamicina, o ETE mostrou ausência de vegetações.

Segundo a literatura, 20-50% dos doentes com EI apresentam algum tipo de evento embólico durante o curso da doença, sendo que em 50% dos casos o evento é clinicamente aparente e em metade é a apresentação inicial. A multiembolização, com envolvimento de diferentes órgãos, é observada apenas em cerca de 9% e as embolizações cerebral e esplénica são as mais frequentes, sendo que o enfarte renal é menos comum. A abordagem terapêutica de cada situação clínica deve ser individualizada, tendo em conta o risco de complicações embólicas e a necessidade de intervenções específicas.

Sarcoidose Além dos Pulmões: A Jornada de uma Doença Multissistêmica

Daniel Lima Alves¹; José Diogo Martins¹; Madalena Vale¹; Iara Fazenda¹; Eduardo Viana²; José Carvalho¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, EPE / HOSPITAL DE SANTA LUZIA

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A sarcoidose é uma doença inflamatória sistêmica rara cuja etiologia subjacente não está esclarecida. Mais frequente no sexo feminino entre os 20 e os 60 anos. A evolução é habitualmente indolente e com envolvimento pulmonar, mas pode cursar de forma multissistêmica. As manifestações mais frequentes são fadiga, tosse e dispneia. A marcha diagnóstica cursa com dados clínicos, imagiológicos e identificação de granulomas não necrotizantes.

Caso clínico

Mulher de 53 anos com obesidade grau 3 e sarcoidose com envolvimento pulmonar e de gânglios mediastínicos, diagnosticada em 2014 (granulomas não necrotizantes em biópsia de adenopatia mediastínicas), assintomática desde o diagnóstico. Em vigilância na consulta de Medicina Interna, iniciou queixas de astenia, dispneia e desconforto abdominal em 2024, tendo sido identificada colestase hepática - BT 1.96 mg/dL; FA 129, GGT 429 (UI/L). Realizada ecografia abdominal, sem alterações no parênquima hepático ou vias biliares, com múltiplas adenopatias inguinais, peritoneais e retroperitoneais. Manteve sintomatologia e alterações analíticas mesmo após suspensão de hepatotóxicos, bem como elevação sustentada de parâmetros inflamatórios. Realizada biópsia hepática e de gânglio, cuja histologia revelou a presença de granulomas epitelioides não necrotizantes (Imunohistoquímica CD68+) em ambos os tecidos. Dada a manutenção da sintomatologia respiratória e envolvimento hepático e ganglionar foi realizada consulta multidisciplinar e iniciou-se terapêutica com Prednisolona e Metotrexato, apresentando melhoria clínica e analítica sustentada.

Discussão

O diagnóstico de sarcoidose deve considerar o seu curso natural, com progressão multissistêmica. O seguimento clínico regular, mesmo em doentes assintomáticos, é essencial na deteção precoce de progressão da doença e ajuste terapêutico. A corticoterapia e outras estratégias imunomoduladoras são essenciais para o controlo da sarcoidose em progressão.

Endocardite: Um caso silencioso

Ana Patricia da Fonseca Tenreiro; Joana Caires; Paulo Roboredo; Ivan Antunes; Catia Zeferino; Ana Teresa Moreira

HOSPITAL SOUSA MARTINS

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A Endocardite Infecciosa (EI) é uma condição clínica que requer um rápido diagnóstico e uma abordagem terapêutica precoce, sendo o diagnóstico microbiológico baseado na colheita de hemoculturas (HC). Cerca de 10-20% dos casos não tem isolamento de agente, representando pior prognóstico. A antibioterapia prévia, a presença de microorganismos fastidiosos ou intracelulares cujo crescimento não ocorre em culturas *standard*, são as principais causas das HC negativas.

Doente do sexo masculino, 70 anos, autónomo. Recorreu ao SU por dor abdominal, com evolução de 3 dias. Antecedentes pessoais de Mieloma múltiplo e história de dois internamentos recentes na Pneumologia e Hematologia, tendo cumprido antibioterapia com azitromicina, piperacilina-tazobactam, meropenem e linezolida.

Ao exame objetivo encontrava-se polipneico, com murmúrio vesicular diminuído nas bases e com fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida. Apresentava uma bicitopenia e elevação da PCR. O raio x de tórax esboçava um infiltrado na base direita. A tomografia computadorizada (TC) mostrou áreas de consolidação no segmento anterior no lobo superior direito e no lobo inferior esquerdo e derrame pleural direito associado a pneumotórax loculado nas regiões basais. O doente foi internado e iniciou voriconazol, meropenem, linezolida e ganciclovir.

Por agravamento do estado clínico pediu-se nova TC de torax que revelou a presença de nódulos periféricos no lobo superior direito sugestivos de embolias sépticas. Foi pedido ecocardiograma transtorácico que mostrou imagens ecodensas na válvula pulmonar sugestivas de vegetações, confirmadas pelo ecocardiograma transesofágico. Durante o internamento o doente colheu várias amostras de HC, sempre negativas. A evolução do doente foi desfavorável, acabando por falecer.

Com este caso clínico pretendemos mostrar uma EI sem isolamento de agente, tanto na HC inicial como nas sequenciais, representando pior prognóstico. Neste caso específico a carga antibiótica prévia, assim como a presença de agentes de difícil crescimento nos meios de cultura *standard* podem ser a razão para a ausência da sua identificação. Estes casos estão associados a complicações embólicas e/ou insuficiência cardíaca, levando a uma elevada mortalidade nos doentes que não respondem ao tratamento empírico.

Síndrome de Sweet por síndrome gripal

Maria Luís Santos; Lissette Espinoza; Inês Ferreira; Ussumane Embaló; Glória Alves; Jorge Cotter

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO AVE

Tema: Outro

Introdução

A Síndrome de Sweet é uma dermatose neutrofílica febril aguda rara, caracterizada por febre, lesões cutâneas dolorosas e infiltração neutrofílica dérmica. Apresentamos um caso sugestivo desta entidade clínica.

Descrição do Caso

Mulher de 43 anos, autónoma nas AVDs, sem medicação habitual. História de quadro gripal no final do ano e contacto com marido sintomático para infeção GI viral, sem clínica associada. A 01/02 iniciou febre alta ($\approx 39^{\circ}\text{C}$), resistente a antipiréticos, associada a artralguas migratórias. A 02/02 surgiram lesões cutâneas. Com cefaleia e odinofagia, sem outra sintomatologia. Recorreu ao SU a 03/02, teve alta com etodolac, mas voltou a 05/02 por agravamento das artralguas, limitativas das AVDs. À admissão apresentava tumefações eritematosas pustulosas, dolorosas, dispersas pelos membros, abdómen e face. Analiticamente, PCR 199.8 mg/L, sem alterações hematológicas. Iniciou amoxicilina-ácido clavulânico. Após biópsia cutânea, iniciou corticoterapia (1 mg/kg). O estudo etiológico excluiu infeção respiratória e urinária relevante. O TC torácico revelou discreta densificação em vidro despolido nos lobos inferiores. O exame histológico confirmou dermatose neutrofílica febril aguda (Síndrome de Sweet), sem evidência de vasculite ou neoplasia.

Evolução

Durante o internamento, verificou-se melhoria sustentada com corticoterapia. Após sete dias de antibioterapia, teve alta sem febre ou artralguas, com desmame gradual de prednisolona e acompanhamento programado.

Conclusão

O caso ilustra a importância do diagnóstico diferencial em doentes com febre e lesões cutâneas atípicas, reforçando o papel essencial da biópsia cutânea e da abordagem multidisciplinar no diagnóstico da Síndrome de Sweet.

Nutrição Parentérica no Domicílio: um caso clínico

Filipa Lucas; Marisa Araújo; Anabela Santos; Joana Malho Rodrigues; Pedro Correira Azevedo; Marta Jonet

HOSPITAL CUF TEJO

Tema: Cuidados paliativos/ Hospitalização Domiciliária

Introdução

O internamento domiciliário de doentes sob nutrição parentérica (NPT), ie, a administração por via endovenosa de micro e macro nutrientes é viável desde que se siga um plano apropriado de ensino de manipulação e manutenção da via de administração, controlo clínico-analítico e necessidades nutricionais adequadas. Porém, devemos estar atentos às respectivas complicações mecânicas, metabólicas, infecciosas e psico-sociais.

Caso Clínico

Apresentamos o caso de uma doente de 68 anos, com hipertensão e dislipidémia, submetida a bypass gástrico em Y de Roux, por migração da banda gástrica, com desicência da anastomose cirúrgica (esofago-jejunal) e leak peri-protésico complicado de abscesso. À admissão, hemodinamicamente estável e com necessidade de NPT administrado por cateter venoso central (CVC) tunelizado, sob Meropenem e controlo algico.

Durante o internamento, apesar da avaliação diária clínico-analítica protocolada, apresentou como complicações, oclusão do CVC e necrose tubular aguda, necessidade de correção da prótese esofágica e transferência para a unidade de cuidados intensivos.

Discussão

Estima-se que a NPT no domicílio poderá corresponder a uma poupança de 65-80% relativamente à hospitalar. Apesar de amplamente utilizada em doentes paliativos, pode ser uma opção em qualquer doente incapaz de manter uma nutrição adequada.

No entanto, este caso alerta-nos para possíveis complicações, descrevendo como é essencial a abordagem multidisciplinar - nutricionista, farmacêutico, médico e enfermeiro - de forma a antecipar complicações.

Espera-se, futuramente, que mais doentes usufruam deste modo de nutrição de forma a melhorar a sua qualidade de vida.

Falência renal aguda por cisplatina: quando o tratamento se torna a ameaça

Gonçalo Carneiro; Maria Luísa Olim; Micaela Manuel; João Azevedo Gonçalves

CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE DOURO E VOUGA, EPE / HOSPITAL DE S. SEBASTIÃO

Tema: Doenças oncológicas

A cisplatina é frequentemente utilizada em esquemas de quimioterapia. Contudo, associa-se a efeitos adversos importantes destacando-se o seu potencial nefrotóxico, que pode limitar e até obrigar a interromper o tratamento, bem como condicionar danos permanentes e culminar em doença renal crónica. Embora não completamente esclarecidos, a literatura aponta como principais mecanismos para lesão renal a toxicidade celular (nomeadamente a nível tubular), vasoconstrição local e efeito pró-inflamatório.

Relatamos o caso de uma doente de 67 anos, com diagnóstico de carcinoma ductal da glândula parótida esquerda, já submetida a excisão cirúrgica com radioterapia adjuvante e à data no terceiro ciclo de quimioterapia com cisplatina. Recorre ao serviço de urgência por náuseas e mal-estar. Ao exame objetivo não se identificaram alterações de relevo. Analiticamente objetivou-se lesão renal aguda estadio 3 (classificação AKIN) com taxa de filtração glomerular de 7 ml/min/1.73m², hipercalemia (6.4 mmol/L) e acidemia metabólica. Após admissão na Unidade de Cuidados Intermédios, apesar de correção iónica e metabólica, verificou-se agravamento da creatinina sérica até 7.0 mg/dl e proteinúria em faixa nefrótica. Excluíram-se obstrução do trato urinário, doença autoimune ou infecciosa concomitante bem como uso de outros fármacos nefrotóxicos. Acabou por ser necessária transferência inter-hospitalar para terapêutica de substituição de função renal, verificando-se posteriormente recuperação paulatina da mesma (taxa de filtração de 76 ml/min/1.73m²).

Este caso evidencia a necessidade de identificação de riscos associados à utilização de quimioterapia, destacando-se a monitorização frequente e abordagem multidisciplinar como estratégias para identificação precoce dos mesmos e evicção de disfunções orgânicas permanentes.

Rinossinusite fúngica a *Rhizopus* sp.

**João Francisco Abrantes; Hugo Morais Cecílio; Ana Rita Figueiredo;
Miguel Chamusco Bernardino; Carlota Santos Pinto; Lígia Peixoto**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

Rhizopus sp. é um fungo de crescimento fastidioso que pode ser causador de rinossinusite crónica agudizada refratária à terapêutica instituída.

Caso clínico

Homem de 86 anos, autónomo, com antecedentes de hipertensão arterial e doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), no seu estado de saúde habitual até outubro de 2023. Altura em que inicia quadro de cansaço para médios esforços de agravamento progressivo, com anorexia não seletiva e perda ponderal quantificada em 13,9% do peso corporal em 6 meses. Durante este período múltiplos episódios de tosse com expectoração mucopurulenta alternada com períodos de tosse seca irritativa. Recorre ao serviço de urgência por manutenção do quadro consumptivo associado a novo episódio de tosse com expectoração mucopurulenta, agravamento do cansaço e dispneia em repouso. Fez TC toracoabdominopélvica que evidenciou padrão de bronquite nos lobos médio e inferior direito com muitas secreções a nível da traqueia. Foi assumido o diagnóstico de rinossinusite crónica e DPOC agudizadas, pelo que foi iniciada terapêutica antibiótica empírica e corticoterapia. Teve alta com seguimento em ambulatório, tendo posteriormente, sido isolado em exame micológico da expectoração *Rhizopus* sp. Atendendo a este isolamento realizou TC dos seios perinasais que revelou polissinusopatia inflamatória com opacificação quase total do seio maxilar esquerdo, não permitindo excluir infeção fúngica. Doente manteve-se sintomático, pelo que cumpriu terapêutica com posaconazol durante 4 semanas, sem novos episódios de rinossinusite desde então. Realizou ressonância magnética sem sinais específicos de doença fúngica.

Discussão

Com este caso pretendemos salientar a possibilidade de infeção fúngica como causa para o insucesso terapêutico na rinossinusite crónica agudizada, bem como, a marcha diagnóstica e terapêutica a adotar.

Apresentação atípica de meningoencefalite

Hugo Morais Cecílio; João Francisco Abrantes; Ana Rita Figueiredo; Pola Marchewczyk; Miguel Chamusco Bernardino; Tânia Vassalo; Lígia Peixoto

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A meningoencefalite viral a *Varicella Zoster* é uma das complicações descritas associadas à reativação deste vírus, contudo a sua apresentação sem evidência de febre, cefaleia ou sinais meníngeos é rara.

Caso clínico

Apresentamos o caso de um homem de 76 anos, com antecedentes de doença cerebrovascular com evidência de declínio cognitivo ligeiro em contexto de status pós acidente vascular cerebral (AVC) em 2015. Doente no seu estado de saúde habitual quando se verifica, um dia antes da admissão, uma queda da própria altura sem traumatismo cranioencefálico associado. Destacam-se períodos de maior confusão e lentificação psico-motora com o mesmo tempo de evolução. Realizou TC cranioencefálica com evidência de lesões vasculares sequelares a nível occipital e tálamo à esquerda. Foi avaliado pela Neurologia com indicação para estudo etiológico de AVC, pelo que realizou Holter, ecocardiograma transtorácico e eco-doppler transcraniano e dos vasos do pescoço sem alterações relevantes.

Na primeira noite de internamento com pico febril (temperatura timpânica máxima de 38.4°C). Passados 3 dias verificou-se alteração do comportamento, tendo sido encontrado na cama de outro doente sem roupa e com amnésia para o evento. À reavaliação sem alterações de novo ao exame neurológico e sem sinais meníngeos. Fez punção lombar com saída de líquido xantocromático, ligeiramente turvo, proteínas 284 mg/dl, glicose 63 mg/dl (soro 169 mg/dL), células 665/mm³ com predomínio linfocitário. Foi assumida meningoencefalite viral, tendo sido iniciada terapêutica com aciclovir endovenoso. Posteriormente isolado em Multiplex do líquido cefalorraquidiano *Varicella Zoster*.

Discussão

Pretendemos demonstrar um caso de meningoencefalite de difícil diagnóstico, atendendo à apresentação clínica inicial e sublinhar a importância de valorizar a alteração do padrão comportamental do doente.

Hematúria microscópica no jovem: o sinal de alerta

Daniela Salgueiro; Marta Batoca Sousa; Ana Rita Oliveira; Nuno Pardal; Ângela Paredes Ferreira; Ana Sofia Matos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, EPE / HOSPITAL DE SANTA LUZIA

Tema: Doenças renais

A disfunção renal pode dever-se a múltiplas etiologias: desde situações benignas e rapidamente tratáveis a doenças progressivas e ameaçadoras de vida, mesmo no jovem, pelo que o seu diagnóstico etiológico nunca deve ser descurado.

Homem, 31 anos, sem antecedentes pessoais de relevo. Recorre ao serviço de urgência por cefaleia, vômitos persistentes e dor abdominal com 1 semana de evolução. Quando questionado, refere episódios prévios semelhantes mas autolimitados e ainda perda ponderal de 20Kg nos 9 meses anteriores. Sem alterações cutâneas, febre ou hipersudorese noturna. Ao exame objetivo com perfil tensional hipertensivo. Analiticamente com anemia normocítica normocrómia, creatinina 3.64 mg/dL (documentada função renal normal há 9 meses), VS 30mm/h. Ecografia abdominal sem alterações de relevo. Assumida possível etiologia pré-renal, tendo iniciado fluidoterapia, sem melhoria, pelo que foi pedido estudo adicional – a destacar hematúria microscópica, com eritrócitos dismórficos e proteinúria 4.7g nas 24h. Sem elevação de parâmetros inflamatórios, estudo imunológico negativo e eletroforese de proteínas urinárias e séricas sem alterações. Considerando as alterações descritas e ausência de melhoria da função renal, transferido para Nefrologia para realização de biópsia renal - compatível com nefropatia de IgA - e a evidenciar fibrose e atrofia tubular em 60% do parênquima. Apesar de início de imunossupressão, manteve disfunção renal em agravamento progressivo. Face a elevada fibrose e evolução desfavorável apesar da terapêutica, iniciado programa de diálise peritoneal e medidas de nefroproteção.

Neste caso, à data de diagnóstico, o doente apresentava proteinúria >1g/dia, hipertensão e evidência de marcadores de cronicidade na histologia que na literatura estão documentados como estando relacionados com menor probabilidade de recuperação da função renal. Destaca-se assim a importância de realizar um diagnóstico atempado e preciso de modo a evitar complicações futuras.

Espondilodiscite: A emboscada ao doente séptico

Daniela Soares Ribeiro; Joana Castro; Diogo Medeiros; Luís Dias

HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO, PONTA DELGADA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A espondilodiscite é uma entidade clínica pouco frequente e os sintomas são inespecíficos, levando muitas vezes a um atraso de diagnóstico e consequente aumento da morbimortalidade. Ocorre mais frequentemente por via hematogénica, associando-se a fatores de risco como quadro infeccioso concomitante, imunossupressão ou hábitos toxifílicos. Os autores descrevem um caso de espondilodiscite secundário a choque séptico.

Homem de 67 anos, diabético e hipertenso. Internado por choque séptico com ponto de partida urinário com bacteriémia a *E. coli* ESBL- em Unidade de Cuidados Intermédios por necessidade de suporte vasopressor. Apresentou evolução favorável, tendo sido transferido para o serviço de Medicina Interna após 3 dias. Por persistência de febre, lombalgia incapacitante de novo com perda de força dos membros inferiores e parâmetros inflamatórios elevados, apesar de antibioterapia dirigida, prosseguiu-se com estudo etiológico, tendo realizado: ecografia renovesical, sem evidência de complicações locais; ecocardiograma transtorácico, excluindo endocardite infecciosa; RM lombar, que revelou espondilodiscite de L3-L4 complicada com pequenos abscessos intracanales e do músculo psoas. Sem indicação cirúrgica pela Neurocirurgia. Cumpriu 6 semanas de antibioterapia, apresentando hemoculturas de controlo negativas e descida progressiva dos parâmetros inflamatórios com evidência de melhoria do processo infeccioso em RM de controlo. Evolução clínica favorável no internamento, com dor bem controlada após escalada da terapêutica analgésica e recuperação funcional progressiva, com reabilitação motora.

Este caso enfatiza a complexidade do diagnóstico e tratamento da espondilodiscite, sendo fulcral manter elevada suspeição clínica, na presença de vários fatores de risco, com o intuito de intervir precocemente e melhorar o prognóstico.

Latrogenias medicamentosas – um tópico a não esquecer

Miguel Rodrigues; Alice Figueiredo; Diana Pedreira; Violeta Suruceanu; Beatriz Navarro; Ermelinda Pedroso

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA ARRÁBIDA

Tema: Outro

Introdução

A Síndrome de Sobreposição é uma patologia pertencente ao espectro da Síndrome de Stevens-Johnson e da Necrólise Tóxica Epidérmica. É caracterizada por atingimento difuso da pele com maior afeção da face, mucosas, tronco e porções proximais dos membros. Em termos de área está entre as outras duas patologias com uma perda da epiderme de 10 a 30%.

Caso clínico

Apresenta-se o caso de um doente de etnia chinesa, de 72 anos. Admitido por dor, edema e sensação de queimadura no dorso do pé esquerdo com 3 dias de evolução. Após avaliação teve alta com diagnóstico de crise gotosa medicado com alopurinol. Regressou alguns dias depois apresentando prurido generalizado. Ao exame objetivo apresentava-se em anasarca e com lesões edematosas, ruborizadas e descamativas com distribuição generalizada atingida a face, tronco e membros. Iniciou corticoterapia sistémica e terapêutica com anti-histamínico, tendo sido internado para estudo. Avaliado multidisciplinarmente manteve a terapêutica em curso, tendo efetuado estudo imunoalergológico. Teve alta após onze dias de internamento com indicação para interrupção do alopurinol e seguimento em consulta de Medicina Interna e Imunoalergologia.

Discussão

O caso serve como recordação que a prescrição médica também pode ser origem de patologia aguda e de que a relação temporal de alterações de medicação é um dado precioso no estabelecer do diagnóstico.

Síndrome Mielodisplásico

Maria Miguel Silva Santos; Bebiana de Sousa; Ana Catarina Camarneiro; Beatriz Teixeira Lima; Inês B. Mesquita; Sara Joana Faria; Rita Reis Correia; Susana Magalhães

HOSPITAL DISTRITAL DA FIGUEIRA DA FOZ, EPE

Tema: Doenças hematológicas

Título: Síndrome Mielodisplásico.

Introdução

A abordagem de um doente com febre e pancitopenia nem sempre é linear, no entanto, o seu estudo pode ser crucial no curso da doença e prognóstico do doente. No caso clínico que se segue expomos o diagnóstico precoce de Síndrome Mielodisplásico que o comprova.

Caso Clínico

Homem, 69 anos, com clínica inicial de provável gastroenterite aguda vírica (dejeções diarreicas, dor abdominal e fraqueza) com 3 dias de evolução. Apresentava-se apenas com pancitopenia ligeira, sem neutropenia e sem febre. Agravamento em 1 semana com síncope de repetição, sem prodomos, hematomas, anorexia e febre. Analiticamente com leucopenia de $1.49 \times 10^3/\mu\text{L}$, neutropenia de $0.60 \times 10^3/\mu\text{L}$, linfopenia de $0.81 \times 10^3/\mu\text{L}$, eritropenia de $2.73 \times 10^6/\mu\text{L}$, hemoglobina de 7.8g/dL e trombocitopenia de $32 \times 10^3/\mu\text{L}$. Iniciou piperacilina/tazobactam após colheitas de hemoculturas, coprocultura e urocultura e internou-se para estudo medular.

Manteve, ao longo do internamento, febre vespertina, sem foco determinado, tendo realizado ecocardiograma TT, inconclusivo, e antibioterapia com meropenem. Por intercorrência de flebite exuberante, exsudativa no membro superior direito, e febre mantida, realizou antibioterapia com vancomicina e novo ecocardiograma TE que excluiu, em definitivo, a suspeita de endocardite. No entanto, o estudo medular efetuado revelou displasia na linhagem de neutrófilos e eritróide e 10% de blastos compatível com Síndrome Mielodisplásico. À data de alta doente com melhoria clínica, sem febre sob naproxeno, e leucócitos de $4.12 \times 10^3/\mu\text{L}$, neutrófilos de $2.10 \times 10^3/\mu\text{L}$, hemoglobina de 10.5g/dL e trombocitopenia de $101 \times 10^3/\mu\text{L}$.

Conclusão

O Síndrome Mielodisplásico habitualmente cursa de forma indolente, daí a importância de se ter realizado estudo medular precocemente, pois permitiu o diagnóstico, sem atrasar tratamento e follow-up, dado o alto risco de progredir para Leucemia Aguda.

Poliartralgia incapacitante em jovem piloto

Ana Rita Gomes¹; Alexandre Vasconcelos²

¹ INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A artrite pós-estreptocócica (APE) é uma entidade distinta da febre reumática (FR) e de outras formas de artrite reativa, caracterizada por poliartrite e entesite em doentes com infeção recente por *Streptococcus* do grupo A (GAS).

Caso clínico

Apresenta-se um doente de 36 anos, piloto de aviação civil, com poliartralgias migratórias, aditivas, incapacitantes, e picos febris vespertinos, de início duas semanas após uma amigdalite estreptocócica. Analiticamente, apresentava elevação da proteína C reativa, leucocitose, serologias víricas e hemoculturas negativas. Após vários ciclos de antibioterapia e anti-inflamatórios não-esteroides (AINE) manteve evolução desfavorável, sem resposta clínica e com agravamento importante da síndrome inflamatória. Optou-se por iniciar corticoterapia sistémica, com franco alívio sintomático e melhoria de parâmetros inflamatórios. Ainda que tenha dois critérios minor e um critério major de Jones para diagnóstico de FR, trata-se de um doente adulto, com um quadro de artrite distanciado duas semanas da infeção por GAS, sem resposta a AINE, sem nunca apresentar envolvimento cardíaco. Assim, foi assumido o diagnóstico de APE. Foi feita erradicação com amoxicilina/ácido clavulânico e iniciou-se metotrexato como poupador de corticoide. Ainda que não exista consenso quanto à necessidade de prevenção de envolvimento valvular cardíaco na APE, iniciou profilaxia mensal com penicilina.

Discussão

Este é um exemplo da dificuldade em diagnosticar e orientar a APE como uma entidade distinta da FR. A principal diferença na abordagem reside na necessidade da corticoterapia, pela ausência, típica, de resposta a AINE. Assim, é fundamental que surjam novos estudos para caracterizar melhor os critérios diagnósticos e devida abordagem da APE, como uma entidade isolada.

Trombose vs. Hemorragia - Um equilíbrio ténue

João Barroso; Claudia Abreu de Jesus; Pedro Brito Guerreiro; Carolina Gomes; Desireé Farinha; Matilde Couto; Andreia Machado Ribeiro

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ESTUÁRIO DO TEJO

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

O internamento hospitalar acarreta elevado risco trombótico por múltiplos fatores como o imobilismo e patologia aguda ativa. O equilíbrio entre risco hemorrágico e prevenção de evento trombótico é ténue e dificulta a decisão de início, manutenção ou término de terapêutica hipocoagulante.

Caso Clínico

Homem com 30 anos de idade, natural da Índia, sem antecedentes pessoais conhecidos, recorre ao serviço de urgência por perda ponderal de 25Kg com 4 meses de evolução, associada a calafrios e tosse com expectoração hemoptóica. À observação inicial, doente apresentava caquexia grave e diminuição do murmúrio vesicular bilateralmente. Analiticamente, apresentava anemia microcítica hipocrômica e proteína C reativa aumentada. Na TC-toracoabdominopélvica observaram-se múltiplas lesões nodulares pulmonares de contornos irregulares e focos de consolidação nos lobos superiores e inferiores, associados a adenomegalias torácicas e abdominais de dimensão apreciável. Foi internado para estudo etiológico. Identificaram-se B.A.A.R na expectoração, tendo-se assumido tuberculose disseminada e foi iniciada terapêutica quádrupla.

Ao 30º dia de internamento, iniciou episódio de dor abdominal intensa, com emissão de melenas tendo realizado endoscopia digestiva alta que revelou úlcera duodenal sangrante. Após estabilização hemodinâmica com suporte transfusional, foi suspensa enoxaparina profilática.

Ao 60º dia de internamento, apresentou paragem cardiorrespiratória revertida após 12 minutos de suporte avançado de vida. AngioTC-torácica mostrou a presença de extenso tromboembolismo pulmonar bilateral. Evoluiu para choque cardiogénico e compromisso de função ventricular direita, com necessidade de transferência hospitalar para realização de trombectomia mecânica. Apresentou evolução clínica favorável tendo sido transferido novamente para o hospital de origem.

Posteriormente, optou-se por início de terapêutica anticoagulante com varfarina dada possível interação entre antituberculosos e anticoagulantes directos orais.

Discussão e Conclusão

Este caso demonstra a labilidade do equilíbrio entre a prevenção de eventos trombóticos e risco hemorrágico assim com consequências indesejáveis e, por vezes imprevisíveis resultantes do favorecimento de qualquer um dos pratos da balança.

Um caso típico de uma doença rara

Beatriz Teixeira Lima; Ana Catarina Camarneiro; André S. Carvalho; Maria Miguel Silva Santos; Bárbara A. M. Baptista; Ricardo Rocha Gomes; Susana Magalhães

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO MONDEGO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A esclerose sistémica (ES) é uma doença autoimune rara caracterizada por fibrose cutânea e visceral e vasculopatia. A ES limitada (ESL) tem progressão lenta e a sua prevalência varia entre 30 e 300 casos por milhão de adultos. A ESL representa a maioria dos casos de ES, estimando-se que seja responsável por 60-70% dos diagnósticos. Este caso ilustra um quadro típico de ESL, enfatizando a necessidade de acompanhamento multidisciplinar e gestão individualizada dos sintomas.

Mulher de 53 anos com antecedentes de adenocarcinoma do cólon T2N0 submetida a sigmoidectomia e histórico familiar de fenómeno de Raynaud. Foi referenciada à consulta por fenómeno de Raynaud e espessamento cutâneo, sem artrite ou úlceras. Referia disfagia intermitente a sólidos e líquidos, epigastralgia e pirose ocasional. Ao exame físico, destacavam-se telangiectasias faciais. Os exames revelaram anticorpos anticentrómero positivos, capilaroscopia com padrão tardio e ativo, dismotilidade esofágica à manometria, sem evidência de hipertensão pulmonar ou doença intersticial pulmonar. O diagnóstico de ESL foi estabelecido e iniciou terapêutica dirigida: nifedipina, pentoxifilina, ácido acetilsalicílico, dinitrato de isossorbida tópico e sildenafil, além de pantoprazol. Em seguimento, apresentou manutenção de fissuras digitais com boa cicatrização, sem infeções recorrentes ou novas telangiectasias, melhoria da pirose mas persistência de impactação alimentar com sólidos.

A esclerose sistémica limitada não tem cura e o objetivo terapêutico é o controlo sintomático e prevenção de complicações. O caso ilustra a importância do reconhecimento precoce da clínica e da gestão multidisciplinar. Os vasodilatadores e inibidores da fibrose são fundamentais. A persistência da disfagia destaca o impacto da fibrose esofágica na evolução da doença, sugerindo a necessidade de novas abordagens terapêuticas. O seguimento rigoroso e a personalização da terapêutica são essenciais para melhorar prognóstico e qualidade de vida.

Quando um AVC esconde uma endocardite infecciosa fatal

Ana Gomes Saraiva¹; Adriana Henriques¹; Catarina Borges¹; Bernardo Belchior¹; Joana Simões¹; Patrícia Carvalho¹; Sara Leitão¹; Lèlita Santos²

¹ SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

² SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA; FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A endocardite infecciosa (EI) é das infeções com maior mortalidade hospitalar (20-25%). O diagnóstico precoce é fundamental para um tratamento eficaz, mas exige acuidade e elevado grau de suspeição, sobretudo se a forma de apresentação for o resultado de uma das suas complicações.

Caso Clínico

Homem de 63 anos que recorreu ao serviço de urgência por parésia da mão esquerda, ataxia apendicular ipsilateral, febre, hipotensão, taquicardia e crepitações bibasais à auscultação pulmonar. Tinha história de diabetes tipo 2, dislipidemia, doença hepática crónica de etiologia alcoólica, polipose cólica e depressão. Os exames complementares identificaram hiperlactacidémia, elevação de parâmetros inflamatórios e infiltrado peri-hilar à direita. Angio TC-CE não mostrou alterações agudas. Foi internado com o diagnóstico de sépsis com origem respiratória sob amoxicilina/clavulanato e azitromicina.

No 1º dia de internamento, teve rápida deterioração do estado de consciência. Nova TC-CE apresentou lesões isquémicas agudas e áreas de hemorragia subaranoideia bilateral sugerindo êmbolos sépticos. A identificação de um sopro sistólico aórtico de novo suportou a hipótese de EI, pelo que iniciou Ceftriaxone e Vancomicina. O diagnóstico foi confirmado por Ecocardiograma Transesofágico e hemoculturas positivas para MSSA. Apesar do ajuste de antibioterapia para Flucloxacilina, a doença complicou-se com embolização leptomeníngea, esplénica e pulmonar, insuficiência aórtica grave e ainda fungémia por *C. albicans*. Sem condição clínica para cirurgia, faleceu ao 37º dia de internamento.

Discussão

Os autores sublinham o facto de que, as complicações neurológicas presentes em até 35% dos casos, foram a primeira manifestação neste doente, constituindo uma importante pista diagnóstica. A rápida deterioração da EI, decorrente da embolização séptica multiorgânica, destruição valvular e comorbilidades, foi agravada pela etiologia por *S. aureus* e *C. Albicans*, que se associam a 30 e 50% de mortalidade, respetivamente.

Doença invasiva por *Streptococcus pyogenes*

Carolina Vasconcelos Guimaraes; Rui Ribeiro; Helena Hipólito Reis; Margarida Fonseca; Sofia Pereira; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

O *Streptococcus pyogenes* é um *Streptococcus* do grupo A, um coco gram-positivo aeróbio que causa uma ampla variedade de infeções, algumas das quais são graves e apresentam uma elevada morbimortalidade associada. Está mais frequentemente associado à faringite ou a infeções da pele e dos tecidos moles (não necrosantes), que geralmente não estão relacionadas com infeções invasivas. A fonte mais comum de bacteriemia por *Streptococcus* do grupo A é a infeção da pele e dos tecidos moles.

Mulher de 75 anos, com HTA, DRC G2, obesidade, carcinoma da mama esquerda (QT neoadjuvante, cirurgia conservadora mama esquerda, esvaziamento axilar e radioterapia); linfedema crónico sequelar do membro superior esquerdo (MSE) e síndrome canal lombar estreito em avaliação para cirurgia. Admitida por celulite do MSE com boa resposta à antibioterapia instituída – amoxicilina-ácido clavulânico. Isolamento em hemoculturas de *Streptococcus pyogenes* multissensível. Doente com dor lombar crónica (em virtude dos antecedentes pessoais descritos) mas referia um agravamento das queixas habituais com dor à palpação das apófises espinhosas desta região ao exame objetivo. Apesar da melhoria clínica e analítica apresentadas sob as atitudes terapêuticas instituídas, tendo em conta os achados ao exame objetivo e o agente isolado em hemoculturas pedida RMN coluna dorsolombar a revelar espondilodiscite L3-L4 com empiema intracanal a moldar o saco tecal, com compressão radicular e abscessos músculo psoas direito. Durante o internamento, artrite séptica do joelho esquerdo, tendo realizado controlo de foco cirúrgico. Boa evolução sob antibioterapia com apirexia sustentada, razoável controlo das queixas álgicas, resolução dos sinais inflamatórios do MSE e joelho, sem agravamento dos défices neurológicos. Contudo, reavaliação imagiológica (RMN coluna dorso-lombar) sem melhoria, tendo sido intervencionada pela Neurocirurgia com lavagem discal por acesso percutâneo. Foram excluídos outros focos com ecocardiograma transtorácico e transesofágico e TC CTAP

Trazemos este caso pela apresentação de duas manifestações relativamente incomuns da doença invasiva por *S. pyogenes* - espondilodiscite e artrite séptica - tendo ambas motivado controlo de foco cirúrgico. Este caso reitera o papel crucial de uma anamnese e de um exame objetivos minuciosos.

Púrpura trombocitopénica imune, anemia perniciosa e tiroidite auto-imune – que relação?

Inês Araújo Barbosa; Sara Fernandes; Rita Gouveia; Ana Ribeiro; Jorge Almeida

CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO, EPE

Tema:

Introdução

A púrpura trombocitopénica imune (PTI) é uma das causas mais comuns de trombocitopenia em adultos assintomáticos. Ocorre em 1 a 6 em 100.000 doentes e trata-se de um diagnóstico de exclusão. O mecanismo fisiopatológico não está totalmente esclarecido; pensa-se que esteja relacionado com a produção de autoanticorpos dirigidos a glicoproteínas da membrana plaquetária. Pode ser primária ou secundária e há fatores precipitantes conhecidos como: infeções e condições que alteram a homeostasia do sistema imune.

Caso-clínico

Mulher de 65 anos com história de trombocitopenia intermitente ligeira com pelo menos 3 anos de evolução. Por equimoses fáceis nas últimas semanas, realizou estudo analítico que mostrou trombocitopenia $<10 \times 10^9/L$, razão pela qual foi encaminhada ao serviço de urgência. Sem episódios de hemorragia, sintomas constitucionais, infeções recentes ou novos fármacos. Sem anemia ou alterações da fórmula leucocitária, sem alteração das provas hepáticas e sem défice de ácido fólico. Antigénio fecal de *Helicobacter pylori*, VIH e VHC negativos, imune para CMV. ANAs, dsDNA, fator reumatóide e anticorpos anti fosfolípídeos negativos. Sem hepato ou esplenomegalia em ecografia abdominal. Apresentava défice ligeiro de vitamina B12 com anticorpos anti-células parietais positivos; e hipotireoidismo (T4 livre 0,54ng/dL e TSH 16,39mUI/mL) com anticorpos anti-tireoperoxidase positivos. Iniciou prednisolona 1mg/kg com esquema de desmame em seis semanas, suplementação de vitamina B12 e levotiroxina. Melhoria da contagem plaquetária com alta ao 10º dia de internamento, orientada para consulta externa de Medicina Interna. Decidido protelar endoscopia digestiva alta até estabilidade do valor de plaquetas.

Discussão

O diagnóstico simultâneo de anemia perniciosa e tiroidite auto-imune, favorecem o diagnóstico de PTI por se tratar também de uma doença imuno-mediada, podendo as duas primeiras contribuir para a gravidade da trombocitopenia.

Polimialgia Reumática num contexto de multimorbilidade: Um caso clínico de diagnóstico desafiador

João Manuel Pires Santos; Bruno Santos Teixeira; Catarina S. Madeira; Cindy Fazenda; Constantin Sitari; Francisco Castro Sousa; Ricardo Sá Martins; Joana Pestana

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALGARVE

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A polimialgia reumática (PMR) é uma doença inflamatória, de etiologia desconhecida, que pode ocorrer tipicamente após os 50 anos. Apresenta-se frequentemente de forma aguda com dor bilateral.

Trata-se do caso de um homem de 67 anos, com múltiplos fatores de risco cardiovascular não controlados (diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia, ex-fumador e ex-consumidor de álcool), internado para cirurgia vascular programada. História de complicações micro e macrovasculares da diabetes com mais de 20 anos de evolução (retinopatia, AVC isquémico, cataratas). Teve alta com ajuste terapêutico, orientado para consulta de Medicina Interna, com dupla antiagregação e estatina de alta potencia. Após alta, desenvolveu dor generalizada progressiva e incapacitante, com características inflamatórias (10/10), parcialmente responsiva a AINEs. Recorreu várias vezes ao serviço de urgência por agravamento da dor, tendo sido ajustada a medicação (incluindo incrementos de dose de opioides e gabapentinoides).

A 19/09/2024, foi internado para investigação por confusão, desorientação, sonolência e sarcopenia. Analiticamente apresenta anemia normocítica normocrómica com trombocitose, elevação de PCR e VS. Suspendeu-se estatina desde admissão, mas sem benefício.

Durante o internamento, apresentou melhoria do estado mental após descontinuação de fármacos com ação no SNC, mantendo dor incapacitante e humor deprimido. Foi iniciada prednisolona 1 mg/kg/dia por suspeita de PMR, com resolução completa da dor em uma semana. Realizou investigação para anemia e perda ponderal, incluindo endoscopia digestiva alta, colonoscopia e TC abdomino-pélvico que identifica nódulo na base do pulmão esquerdo. Efectuada PET que não favorece hipótese oncológica e confirma PMR. O internamento prolongou-se para reabilitação e ajuste terapêutico.

Caso ilustrativo da complexidade da abordagem de doentes com multimorbilidade e polifarmácia, destacando a importância da revisão terapêutica e do diagnóstico diferencial de síndromes inflamatórias.

Primo-infecção por CMV num imunocompetente

Emanuel Carção; Ricardo Pereira; Cátia Canelas; Fernando Salvador

CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, EPE / HOSPITAL DE VILA REAL

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A febre de origem indeterminada é uma síndrome que, dada a sua extensa lista de etiologias, se constitui como um verdadeiro desafio diagnóstico.

Apresenta-se uma mulher de 49 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, medicada com contraceptivo oral combinado e sertralina 50mg id, que recorre pela terceira vez ao serviço de urgência (SU) por febre (máximo 39°C axilar) com resposta sustentada aos antipiréticos, sem nenhum padrão circadiano, com 3 semanas de evolução. Referiu também náusea, cansaço, mialgias e agravamento de cefaleia, sobretudo frontal, associada a fotofobia ligeira e cervicgia não mecânica. O estudo realizado no SU (hemoculturas, urocultura, tomografia de crânio e estudo analítico sanguíneo) revelou somente aumento de transaminases de 3 a 5 vezes o valor de referência. Durante o internamento manteve-se febril e com alteração persistente das enzimas hepáticas, sem novos sintomas ou sinais. Da investigação, foram negativos os resultados de serologias de vírus hepatotrópicos, HIV, painel de zoonoses e estudo autoimune. Revelou-se positividade de IgM para citomegalovírus (CMV) com IgG negativo e *Polymerase Chain Reaction* CMV de 5548 Cópias/mL de sangue. Do estudo de imagem, a salientar hepatoesplenomegalia ligeiras. Foi assumida *provável* infecção por CMV em doente imunocompetente e excluídos outros atingimentos de órgão que não o fígado. Dada a persistência do quadro clínico e analítico, iniciou-se terapêutica com valganciclovir, durante 21 dias. Numa consulta de reavaliação 2 semanas após alta, a doente encontrava-se apirética, assintomática e com melhoria analítica, tendo havido aumento de 159x o título de IgG e mantendo carga viral detetável, confirmando-se infecção aguda por CMV.

Embora mais frequente em imunocomprometidos, nos países em desenvolvimento e nos doentes com comportamentos de risco infeccioso, a infecção por CMV tem uma importante prevalência mundial (40 a 100%) pelo que não deve ser descurada na investigação da febre sem foco.

Abscesso hepático multiloculado em doente imunodeprimido

Monika Dvorakova; Teresa Bernardo; Henrique Rita; Margarida Santos; Sara Silva

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO LITORAL ALENTEJANO, EPE

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Introdução

Abscessos hepáticos em doentes imunodeprimidos são complicações raras, mas graves. Este caso destaca a evolução clínica de um doente jovem com Doença de Crohn em tratamento imunossupressor.

Caso clínico

Doente de 30 anos, com histórico de Doença de Crohn em remissão sob uso de imunossupressores, apresenta febre, suores noturnos há 3 semanas e elevação significativa de CRP (22.7 mg/dL). A Tomografia computadorizada (TC) abdominal revelou dois abscessos hepáticos. Iniciada antibioterapia com cefotaxima e metronidazol. O doente foi transferido para a unidade de cuidados intermédios, estando hemodinamicamente estável, mas apresentando febre recorrente, calafrios e níveis elevados de procalcitonina. O tratamento com cefotaxima foi substituído por meropenem porém, a febre e sinais inflamatórios persistiram. Foi realizada a drenagem percutânea guiada por TC de 2 abscessos septados. Com o objetivo de melhorar a penetração do antibiótico nos tecidos, foi feita a troca do antibiótico para cloramfenicol 6g/dia. Na cultura do pus foi isolado o *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina (MSSA) em provável contexto de contaminação. Uma semana após a drenagem realizou ressonância magnética abdominal que revelou abscesso multilocular volumoso septado no lobo posterior do fígado, com edema circundante. O doente foi transferido para a unidade de gastroenterologia e posteriormente foi submetido à drenagem cirúrgica.

Discussão

Este caso destaca a complexidade do diagnóstico e tratamento de abscessos hepáticos em doentes imunodeprimidos. A evolução clínica é muitas vezes insidiosa, com febre persistente e parâmetros inflamatórios aumentados. O manejo inclui uso adequado de antibióticos e drenagem precoce dos abscessos. A monitorização constante é essencial, uma vez que complicações como septicemia podem ocorrer. Este caso reforça a importância de uma abordagem multidisciplinar no manejo de complicações infecciosas em doentes imunossuprimidos.

O dilema da iatrogenia – um caso de hemorragia no idoso

Emanuel Carção; Ricardo Pereira; Cátia Canelas; Fernando Salvador

CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, EPE / HOSPITAL DE VILA REAL

Tema: Medicina geriátrica

O risco hemorrágico é um pilar na decisão terapêutica de qualquer doença, mormente na população idosa.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 85 anos, parcialmente dependente, com antecedentes pessoais de *Diabetes Mellitus* tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia, doença osteoarticular com dor crónica e hemorroidas (*sic*), trazida ao serviço de urgência (SU) por astenia desde há 2 meses, associada a obstipação, anorexia, perda de peso significativa e retorragias episódicas de longa data. Uma semana antes, foi medicada com naproxeno oral bid e diclofenac e betametasona intramusculares. Apresentava-se hemodinamicamente estável, descorada e com cordão duro e doloroso, palpável no trajeto da safena magna direita. No exame ano-rectal, mariscas e hipertonia do esfíncter, sem sinais de sangue, trombose hemorroidária ou massas palpáveis. Analiticamente, a destacar anemia microcítica/hipocrómica de 4,5mg/dL com ferropenia. Fez unidades de concentrado eritrócitário e realizou *ecodoppler* que confirmou trombose venosa superficial (TVS) da safena magna com 10cm de extensão. Decidiu-se internamento por anemia ferropénica agravada por provável hemorragia digestiva de ponto de partida a esclarecer, precipitada por anti-inflamatórios. Foi excluída patologia neoplásica com tomografia abdomino-pélvica e estudo endoscópico que apenas mostrou hemorroidas. Por manter hemograma estável e dada a TVS, iniciou hipocoagulação oral com indicação para continuar em ambulatório. 4 dias após alta, regressou ao SU por retorragias *de novo* e, da anamnese, apurou-se haver sobredosagem de rivaroxabano. Não houve repercussão significativa no valor de hemoglobina sanguínea e a doente teve alta com diagnóstico de retorragia com ponto de partida em patologia hemorroidária, em contexto de iatrogenia.

Assim, apesar da anemia ferropénica na terceira idade exigir inevitavelmente a exclusão de patologia neoplásica, é de notar que esta é *facilmente* multifatorial, por défice de aporte, má absorção e/ou iatrogenia.

Um raro caso de DILI por Ashwagandha

Rafaela M. Ribeiro; Maria Inês Risto; Nuno Moreira; Gonçalo Fonseca; Carolina Lemos; André Soares

HOSPITAL DA LUZ ARRÁBIDA

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Introdução

O consumo de produtos naturais e suplementos dietéticos tem sofrido um aumento exponencial nos últimos anos. A publicidade dos seus múltiplos benefícios tem tornado a *Ashwagandha*, extrato da raiz de *Whitania somnifera*, cada vez mais popular. É geralmente considerada segura para consumo, sem efeitos colaterais significativos, não obstante, foram reportados alguns casos de hepatotoxicidade 2-12 semanas após o início da toma do suplemento. A lesão hepática surge com um padrão colestático ou misto. A evolução é geralmente favorável, com resolução da lesão hepática dentro de 1-3 meses após descontinuação.

Caso Clínico

Apresenta-se uma doente de 48 anos com história prévia de hepatite A. Iniciou suplementação com *Ashwagandha* cerca de 2 meses antes da admissão (a dose e a qualidade do suplemento são desconhecidas), tendo mantido o consumo durante um mês. Um mês após descontinuação do suplemento, iniciou quadro de prurido que evoluiu para icterícia e colúria. À admissão apresentava hepatite aguda com AST/ALT 305/745UI/L, bilirrubina total 5,4mg/dl, conjugada 3,1mg/dl, FA/GGT 202/51UI/L, INR 1.02, albumina 4,1g/dL. Ecografia abdominal sem alterações. A investigação para doenças hepáticas metabólicas, virais e imunomediadas foi negativa. Biópsia hepática a revelar padrão de colestase canalicular na zona intralobular. Assumida lesão hepática induzida por fármacos (DILI) por *Ashwagandha*. Manteve vigilância clínica com resolução das queixas e evolução favorável da citocolestase e hiperbilirrubinemia após 1 mês.

Discussão

A DILI por *Ashwagandha* é rara, pelo que os seus efeitos colaterais são pouco estudados e documentados, levando à indução de uma falsa sensação de segurança no seu consumo indiscriminado. O diagnóstico e a descontinuação atempados podem prevenir a progressão de danos hepáticos. Uma história clínica minuciosa com enfoque no consumo presente e passado de produtos naturais e suplementos dietéticos torna-se fundamental.

Diversas causas de abscessos

Viktor Baiherych; Tetiana Baiherych; Carlos Nancassa; Beatriz Andrade; Cristina Esteves

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA LEZÍRIA

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

Estafilococos são microrganismos Gram-positivos aeróbios, sendo *St. aureus* o mais patogênico que pode provocar formação de abscessos em diversas localizações. O diagnóstico é por coloração de Gram e cultura. O tratamento costuma ser com betalactâmicos resistentes à penicilinase, mas como a resistência a antibióticos é comum, pode ser necessário o uso de vancomicina ou outros antibióticos mais recentes.

Caso clínico

Apresentamos o caso de um doente de 67 anos, autônomo, agricultor, com antecedentes de HTA, dislipidemia, feridas frequentes nos mãos, síndrome gripal há 1 mês e lombalgia, tendo sido administrado diclofenac e tiocolquicosido intramuscular há 10 dias. O doente recorreu ao SU por quadro de sudorese, astenia e icterícia, tendo evoluído para choque séptico com disfunção multiorgânica. Foi colhido rastreio séptico e TC toraco-abdomeno-pelvíca que revelou: “(...)múltiplas áreas colectadas com realce periférico, envolvendo os músculos glúteos obturador e paravertebrais esq., em provável relação com lesões abscedadas.” Foi admitido na UCI por choque séptico ponto partida lesões abscedadas dos músculos glúteos, obturador e paravertebrais esq., tendo iniciado antibioterapia empírica com meropenem e vancomicina. Nas hemoculturas e no exame bacteriológico do líquido foi isolado MSSA. Realizado ecoTE por suspeita de endocardite: “(...)válvula mitral com espessamento do folheto anterior e vegetação ao bordo livre do mesmo folheto.” RM CE e da coluna revelou: “(...)Lesões cerebrais frontais esq, traduzindo possíveis áreas de cerebrite. Extensos abscessos epidurais dorso-lombo-sagrados com possível compressão da caudal da medula”. Foi realizada antibioterapia dirigida com ceftriaxone, metronidazol e linezolid durante 7 semanas. O doente evoluiu favoravelmente e teve alta orientada a consulta de Medicina Interna e Cardiologia.

Conclusão

A endocardite infecciosa é uma das condições mais desafiadoras para o médico na sua prática clínica. A utilização de uma abordagem sistemática para a investigação diagnóstica e decisão terapêutica é essencial para sucesso clínico. É importante estar atento aos fatores de risco, sinais e sintomas, bem como das opções de diagnóstico e tratamento dessa condição, a fim de promover uma abordagem adequada e melhorar os desfechos clínicos dos doentes.

Da celulite ao encontro de pneumonia adquirida na comunidade (PAC)

Natacha M. Medeiros; Inês Amarante; César Lourenço; Luís Dias

HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO, PONTA DELGADA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

- A PAC é uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo. Idade avançada, doença estrutural pulmonar, infeção respiratória viral, condições que potenciam a micro-macroaspiração, tabagismo, hábitos toxifílicos, são alguns dos fatores de risco predisponentes.

-Caso clínico: Mulher, 33 anos, sem antecedentes pessoais e familiares de relevo. Apresentou-se no serviço de urgência (SU) por dor referida ao hemitórax esquerdo, analiticamente sem alterações de relevo e sem evidência de alterações na radiografia de tórax, tendo alta medicada sintomaticamente. Por aparecimento de sinais inflamatórios locais e febre, recorreu novamente ao SU. Negava queixas respiratórias. Sem contacto com animais nem viagens recentes. Objetivamente, com celulite da parede torácica, sem porta de entrada evidente. Palpação de adenomegalia supraclavicular de consistência elástica. Analiticamente: leucócitos 27×10^3 , com neutrofilia e PCR 52mg/dL, procalcitonina 6.19ng/dL). Imagiologicamente em TC a salientar: adenopatias dos espaços vasculares jugulocarotídeos e nas cadeias linfáticas posteriores. Consolidação de todo o LIE com broncograma aéreo.

Em internamento, encetado estudo exaustivo de causas infecciosas. Achado de nódulo na mama esquerda (BIRADS 4A), biopsado e sem presença de tecido de neoplasia. Realizou, também, biópsia de adenopatia supraclavicular, compatível com gânglio linfático reativo. Assumida, assim, pneumonia adquirida na comunidade e celulite, sem agentes etiológicos, e adenopatias reativas. Cumpriu ciclo de 10 dias de antibiótico. Em exame de imagem de controlo após 1 mês: com regressão completa de todos os achados prévios.

- Neste caso, a etiologia infecciosa foi a hipótese mais provável, tendo como diagnóstico diferencial causas neoplásicas. A instituição de tratamento rege-se também por ordem de probabilidades, não esquecendo a necessidade de exclusão de outras causas que acarretam morbimortalidade elevada.

Uma artéria no caminho: Síndrome de May Thurner

Carolina Cardoso; Pedro Dias Dos Santos; David M. Furtado; Beatriz Luís Lopes; Mariana da Silva Alves; Daniel Veiga; Marta Amaro; Baltazar Gabriel Oliveira; Tiago Alves; Isabel Martins

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO

Tema: Doenças cardiovasculares

A Síndrome de May-Thurner ou síndrome de Cockett representa cerca de 2 a 3% das causas de trombose venosa profunda (TVP), acometendo 2 mulheres para cada homem e consiste na compressão da veia ilíaca esquerda pela artéria ilíaca direita sobre a coluna lombar ao nível de sua bifurcação.

Apresenta-se caso de mulher de 46 anos sem antecedentes pessoais conhecidos e sem toma crónica de fármacos que recorre ao serviço de urgência por quadro de início súbito de dor pélvica seguida de edema e dor de todo o membro inferior esquerdo. À avaliação apresenta abdómen indolor, mas com alteração da coloração, edema e empastamento da coxa e perna esquerda. Analiticamente destaca-se ligeira leucocitose, com elevação dos D-dímeros.

Por suspeita de TVP de causa abdominal foi pedida angio tomografia dos membros inferiores e região pélvica que revelou compressão da veia ilíaca esquerda pela artéria ilíaca direita condicionando trombose da veia ilíaca, femoral e popliteia esquerdas. Iniciou hipocoagulação com enoxaparina, sendo encaminhada para a Cirurgia Vascular para angioplastia da veia ilíaca primitiva esquerda com colocação do stent.

Este caso destaca a importância do reconhecimento precoce da Síndrome de May-Thurner como causa secundária de trombose venosa profunda, especialmente em doentes sem factores de risco evidentes. O diagnóstico atempado permite a instituição de medidas terapêuticas adequadas, prevenindo complicações graves e melhorando a qualidade de vida do doente.

Erupção cerebral sem erupção cutânea

Carolina Cardoso Neves; Pedro Dias Dos Santos; David M. Furtado; Beatriz Luís Lopes; Mariana da Silva Alves; Daniel Veiga; Baltazar Gabriel Oliveira; Marta Amaro; Tiago Alves; Isabel Martins

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

O Zoster sine herpete é uma apresentação atípica do Herpes zoster devido à reactivação do vírus Varicella zoster que se manifesta com sintomas neurológicos desde a dor neuropática a complicações como meningite e encefalite, sem a presença de vesículas cutâneas.

Apresenta-se o caso de mulher de 64 anos com história de Alzheimer e Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) trazida ao Serviço de Urgência (SU) por prostração há 5 dias de agravamento progressivo. Durante a permanência no SU com flutuação do nível de consciência, alternando entre prostração e vigília, febril, taquicárdica, hipertensa, com rigidez da nuca, sem sinal de Kernig ou Budzinski, sem lesões cutâneas à inspecção. Analiticamente sem elevação dos parâmetros inflamatórios e DM2 descompensada sem cetoacidose. A tomografia computadorizada de crânio não revelou alterações pelo que se realizou punção lombar com saída de líquido límpido, apresentado 82 leucócitos/mm³ com predomínio de mononucleares, ligeira proteinorráquia e ligeira diminuição da glicose no exame citoquímico, com identificação de Varicella Zoster no painel de Polymerase Chain Reaction Multiplex. Assim, iniciado Aciclovir 750mg de 8/8 horas que cumpriu durante 14 dias com melhoria progressiva do estado neurológico, recuperando resposta verbal. Durante o internamento a doente desenvolveu sépsis de ponto de partida urinário com evolução para paragem cardiorrespiratória. sem recuperação de circulação espontânea apesar de suporte avançado de vida.

A apresentação deste caso realça uma complicação rara, mas relevante, do vírus Varicella Zoster. A identificação precoce é vital, especialmente em casos sem lesões cutâneas, para evitar atraso no diagnóstico e garantir tratamento adequado. Reforça ainda a importância da vacinação, reduzindo a incidência de infecções primárias e possíveis complicações neurológicas.

Subiu-lhe à cabeça!

Carolina Cardoso Neves; Pedro Dias Dos Santos; David M. Furtado; Beatriz Luís Lopes; Mariana da Silva Alves; Daniel Veiga; Baltazar Gabriel Oliveira; Marta Amaro; Tiago Alves; Isabel Martins

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A sífilis é uma doença sistémica causada pelo *Treponema pallidum* sendo a apresentação típica caracterizada por 3 fases clínicas sequenciais sintomáticas com períodos de latência entre as mesmas. Se não tratada, a sífilis pode progredir para estadio terciário com invasão do sistema nervoso central e com manifestações desde a forma assintomática, à sífilis meningovascular ou parésia geral.

Apresenta-se caso de mulher de 62 anos, autónoma, com antecedentes de etilismo que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por epigastralgia e vómitos. No período em SU apresentou vários episódios de ausência de 2 minutos (olhar fixo, mutismo, sem reactividade a estímulos) que alternava com agitação psicomotora o que levou à realização de tomografia computadorizada e ressonância do crânio que não revelaram lesões agudas e punção lombar com pleocitose e proteinorraquia discretas. Pelo contexto do alcoolismo assumida encefalopatia de Wernicke e iniciada tiamina. Contudo do estudo complementar realizado destacou-se positividade sérica para *Treponema pallidum*, com presenta de VDRL reactivo no líquido cefalorraquidiano. Admitiu-se quadro de Neurosífilis pelo que se iniciou penicilina G benzatínica 4 milhões de unidades 6 vezes/dia durante 14 dias com recuperação do estado de consciência habitual com orientação em todas as vertentes.

Este caso realça a importância da suspeita clínica e do diagnóstico diferencial na neurosífilis, uma patologia com apresentações variadas e graves. A exclusão de outras etiologias foi crucial para o diagnóstico, tratamento adequados e para a recuperação da doente. Além disso, reforça a necessidade de rastreio e sensibilização para a sífilis como problema de saúde pública, sublinhando a importância da detecção precoce e do acompanhamento dos doentes.

Lesão Renal Aguda - Iatrogenia Medicamentosa

Laura Oliveira Cainé; Carolina R. Oliveira; Flávia Fundora Ramos; Pilar Barbeito; Carlos Oliveira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BARCELOS/ESPOSENDE

Tema: Doenças renais

Introdução

A lesão renal aguda (LRA) refere-se a uma diminuição abrupta da função renal, que resulta na retenção de ureia e outros produtos, bem como na desregulação do volume e dos eletrólitos. As etiologias, embora não incluídas na definição, são essenciais no tratamento e prevenção.

Caso Clínico

Homem de 70 anos, parcialmente dependente para as atividades da vida diária, mas com vida de relação mantida, com antecedentes de múltiplos fatores de risco cardiovascular e esquizofrenia, recorre ao serviço de urgência por quadro de diarreia com três dias de evolução, astenia e discurso incoerente. Ao exame objetivo, prostrado, com palidez cutânea e mucosas descoradas, desidratadas, hipotensão grave (73/42 mmHg) e extremidades frias, mal perfundidas. Dos exames realizados: eletrocardiograma em ritmo sinusal e ondas T apiculadas; gasometria com acidemia metabólica grave (pH 6.749, HCO₃ 3.2, pCO₂ 23.3, Lactatos 19.13); analiticamente com leucocitose, anemia, LRA (Cr 7.67 mg/dL) e hipercalemia (K 7.83 mmol/L). Assumida LRA de etiologia pré-renal (desidratação, hipotensão) e renal (toxicidade medicamentosa em doente que manteve a medicação habitual, entre a qual metformina e anti-hipertensores), culminando em acidemia metabólica grave, com componente de acidose láctica associada à metformina. Foi contactado o serviço de Nefrologia para eventual técnica dialítica, decidindo-se, no entanto, que deviam ser otimizadas medidas médicas, face a prognóstico reservado com escasso potencial de reversibilidade. Apesar de terapêutica dirigida, o doente acaba por falecer ainda no serviço de urgência.

Discussão

Num contexto de diarreia, a desidratação instala-se facilmente em doentes dependentes, incapazes de se hidratar de forma autónoma. Adicionalmente, a manutenção da terapêutica anti-hipertensora, agravando a redução do volume circulante renal, o uso da metformina a precipitar acidose láctica e o próprio contexto infeccioso subjacente, culminaram numa falência renal e, posteriormente, multiorgânica com desfecho desfavorável. Conclui-se que a gestão da medicação é fundamental em doentes dependentes, devendo ser ajustada em função do contexto clínico.

Clínica Clássica do Mieloma Múltiplo

Laura Oliveira Cainé; Carolina R. Oliveira; Pilar Barbeito; Carlos Oliveira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BARCELOS/ESPOSENDE

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A proliferação neoplásica de células plasmáticas que produzem uma imunoglobulina monoclonal é definida como Mieloma Múltiplo. Estas proliferam na medula óssea e o diagnóstico é colocado em hipótese quando há dores ósseas provocadas por lesões osteolíticas ou osteopenia, anemia, hipercalcemia e lesão renal aguda.

Caso Clínico

Homem de 43 anos, autónomo e cognitivamente íntegro, sem antecedentes patológicos, inicia quadro de poliartralgias, com dor no ombro e na coluna lombar. Recorre à consulta de Ortopedia, sendo medicado com anti-inflamatório não esteroide e relaxante muscular, sem alívio das queixas. Realiza também ciclo de corticoterapia, igualmente sem efeito. Associadamente, apresenta polaquiúria, nomeadamente noturna (8 vezes/noite). Dada a persistência dos sintomas e o agravamento da limitação funcional, procurou consulta de Reumatologia, onde realizou estudo analítico com os seguintes resultados: Hb 6.6 g/dL, Cr 3.05 mg/dL e Ca 14.9 mg/dL. Foi então encaminhado ao serviço de urgência. Ao exame físico, com palidez cutânea, taquicardia e sopro sistólico. O estudo analítico realizado confirmou anemia macrocítica e hipercrômica, com necessidade de suporte transfusional, trombocitopenia, lesão renal aguda e hipercalcemia; o esfregaço de sangue periférico revelou a presença de roleaux eritrocitário e raros dacriócitos; e a TC TAP apresentava extensas lesões líticas esternocostais, vertebrais e da bacia. Foi internado pela suspeita clínica e analítica de Mieloma Múltiplo. Durante o internamento, a eletroforese de proteínas revelou pico gama, as provas de coombs direta e indireta foram negativas e serologias víricas também. Foi transferido para o serviço de Hematologia para continuidade do estudo.

Discussão

Este caso permitiu recordar a clínica clássica de um tumor que nem sempre é diagnosticado, principalmente em idade jovem. O raciocínio clínico e a rapidez na identificação do possível quadro permitirão um tratamento precoce e dirigido neste doente.

Linfoma Não Hodgkin Folicular: Sinais de Alerta

Ricardina Macedo; Rosário Araújo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

O linfoma não Hodgkin de centro folicular é uma neoplasia do sistema linfático que tem origem nos centros germinativos foliculares, mais comum em mulheres, com mais de 50 anos. Clinicamente caracteriza-se pelo aparecimento de adenopatias cervicais, axilares e inguinais, febre, suor noturno e perda de peso. Geralmente é indolente, motivo pelo qual o diagnóstico é tardio. O tratamento é variável e doentes assintomáticos podem precisar apenas de vigilância ativa.

Caso Clínico

Homem, 52 anos, referenciado a consulta de Medicina Interna por adenopatias torácicas e abdominais encontradas em tomografia computadorizada (TC) realizada no Serviço de Urgência, por queixas gastrointestinais recorrentes. Clinicamente referia episódios de dor abdominal e vômitos alimentares que associava a épocas de maior stresse e se repetiam há 3 anos, negava febre, sudorese noturna ou perda ponderal. Repetiu TC torácico, abdominal e pélvico onde se confirmou a existência de adenopatias retroesofágicas, periaorticas, pericavais, ilíacas e inguinais medindo até 20mm, e um conglomerado abdominal de múltiplas adenopatias mesentéricas que mediam até 30 mm. Foram descartadas causas infecciosas e autoimunes. A tomografia por emissão de positrões (PET) confirmou hiper captação de radiofármaco nas adenomegalias descritas no TC, sustentando a suspeita de doença linfoproliferativa maligna. Realizou biópsia de gânglio inguinal e axilar que revelou linfoma folicular de padrão nodular. Foi orientado para consulta de Hemato-oncologia onde concluiu estadiamento: realizou biópsia de medula óssea, que descartou envolvimento medular.

Trata-se de um doente com Linfoma folicular estadio IIIA que, perante a extensão supra e infradiafragmático, não foi candidato a tratamento local, e sendo assintomático optaram por vigilância clínica.

Conclusão

Este caso mostra uma apresentação típica de Linfoma não Hodgkin de centro folicular, onde o correto estadiamento é fundamental na decisão terapêutica ou de vigilância clínica.

Quando a Falta de Ar Esconde um Diagnóstico Surpreendente: Um Linfoma Mediastínico de Células B.

Cleide José Maria; Ana Filipa Martins; Rita Matos Sousa; Alexandra Mendes; Inês Carvalho; Joana Monteiro; José Maia; Joana Morais; Rosa Carvalho; Maria João Regadas

HOSPITAL DE BRAGA

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

As massas mediastínicas representam um desafio diagnóstico exigindo uma abordagem sistemática para excluir causas infecciosas, inflamatórias e neoplásicas. O linfoma difuso de grandes células B do mediastino é raro, mas potencialmente fatal. Este caso destaca a necessidade de um elevado índice de suspeição perante apresentações respiratórias atípicas.

Caso Clínico

Mulher de 48 anos, motorista de transporte público, admitida no serviço de urgência por dispneia progressiva e tosse seca com uma semana de evolução. Relatava episódios ocasionais de hemoptises, palpitações esporádicas e sudorese noturna, que atribuía à menopausa. Negava febre, perda de peso ou outros sintomas sistémicos. Historial de rinite alérgica e trombose venosa profunda (TVP) recente, tratada com rivaroxabano após imobilização prolongada por entorse do tornozelo. Ao exame físico, apresentava diminuição do murmúrio vesicular na base pulmonar direita. A angio-TC torácica excluiu embolia pulmonar, mas revelou volumoso derrame pleural à direita, pequeno derrame à esquerda, múltiplos nódulos pulmonares bilaterais e massa mediastínica pré-vascular de 9x9 cm com contornos irregulares, sugerindo processo neoplásico, identificadas adenopatias mediastínicas e derrame pericárdico. Doente internada para estudo, tendo feito PET que revelou captação aumentada ao nível da massa mediastínica, gânglios supradiaphragmáticos e possível envolvimento pleural. Realizada biópsia da massa mediastínica que confirmou Linfoma B difuso, subtipo esclerosante do mediastino. A doente foi referenciada para oncologia e iniciou quimioterapia.

Discussão

O linfoma mediastínico pode manifestar-se com sintomas inespecíficos, levando a atrasos que comprometem o prognóstico. Este caso reforça a necessidade de uma abordagem estruturada perante massas mediastínicas, valorizando exames imagiológicos precoces e encaminhamento célere para confirmação histológica. O início atempado do tratamento é determinante para a evolução clínica favorável e melhoria da sobrevida.

Síndrome de Sneddon-Wilkinson – Desafio na gestão diagnóstica e terapêutica

Sofia I F Soares¹; Nadejda Potlog²; Antônio Pego¹; Carina Santos²; Sónia Coelho²; Jéssica Fidalgo²

¹ IPO COIMBRA

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA GUARDA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

Síndrome de Sneddon-Wilkinson, também conhecida como dermatose pustular subcórnea, é uma condição rara e benigna caracterizada por erupções vesiculopustulares crônicas e recorrentes.

Manifesta-se com pústulas superficiais, geralmente no tronco e nas extremidades. As pústulas podem coalescer para formar grandes áreas de exsudação. O diagnóstico é geralmente clínico, apoiado por biópsia cutânea que mostra uma coleção subcórnea de neutrófilos. É importante fazer diagnóstico diferencial com a psoríase pustulosa e o penfigóide pustuloso.

Caso Clínico

Doente sexo masculino, 50 anos, internado por quadro de poliartralgias inflamatórias e lesões cutâneas dorso e nádegas em alvo. Apresenta-se inicialmente com quadro poliartralgias inflamatórias com 3 semanas de evolução, associadas a lesões cutâneas papulares/pustulares que evoluem para um halo a parecer um eritema multiforme ao nível de tronco, nádega e membros inferiores. Para esclarecimento diagnóstico foi realizada a biópsia cutânea, tendo sido feito diagnóstico de pustulose subcórnea de Sneddon-Wilkinson.

Durante o internamento, para além de corticoterapia em altas doses, foi necessário associar o metotrexato, para controlo da artrite e a dapsona, esta última a luz de literatura publicada, para controlo do quadro cutâneo. Foi excluída etiologia infecciosa e neoplásica.

Discussão

O tratamento de primeira linha é realizado com dapsona. Estão descritos casos clínicos de melhoria clínica com corticoterapia crónica, fototerapia UVB de banda estreita e nalguns casos refractários uso de terapêutica biotecnológica nomeadamente antiTNF.

Embora a doença seja crónica e recorrente, o prognóstico é geralmente bom com o tratamento adequado. No entanto, é necessária a supervisão regular, devido a possível associação a condições sistémicas. A doença de Sneddon-Wilkinson é uma condição dermatológica rara, que com um tratamento eficaz, os sintomas podem ser bem controlados, melhorando a qualidade de vida dos doentes.

Síndrome de MacArdle: Desafio diagnóstico

Beatriz Ribeiro; Rui Parente; Patrícia de Oliveira Saraiva; Mafalda M. Ferreira; Catarina Forra; José Tomás; Rui Isidoro; Filipa Leitão; Alexandre Louro; Paula Paiva; Maria Eugénia André

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE CASTELO BRANCO

Tema: Doenças raras

Introdução

A síndrome de McArdle, também conhecida como glicogenose tipo V, é uma doença metabólica rara, autossómica recessiva, causada por mutações no gene que codifica a enzima miofosforilase (PYGM), essencial para a degradação do glicogénio muscular, resultando em intolerância ao exercício físico, fadiga muscular e elevação persistente dos níveis de creatina quinase (CK). A identificação de mutações no gene supracitado é o método de diagnóstico definitivo desta patologia.

Caso clínico

Mulher de 60 anos, autónoma, com antecedentes pessoais de hipotireoidismo, referenciada para consulta de Neurologia por quadro de cansaço fácil para esforços leves com evolução de muitos anos (desde infância adolescência), associado a níveis persistentemente elevados de CK (1557 UI/L).

A história familiar revelou que a irmã também apresenta níveis elevados de CK, e que os pais são primos em primeiro grau, sugerindo um padrão de herança autossómica recessiva.

No momento da consulta, sem qualquer alteração ao exame objetivo.

Analiticamente, para além da elevação de CK, destaca-se um aumento da velocidade de sedimentação (45 mm) e função tiroideia sem alterações. Eletromiograma sem alterações de relevo. Descartada a hipótese de aumento de CK em contexto de hipotireoidismo, bem como outros distúrbios neuromusculares, doenças inflamatórias ou auto-imunes e outras miopatias metabólicas.

A análise genética confirmou a mutação patogénica associada à doença de McArdle (c.148C>T(p.Arg50*) em homozigotia no gene PYGM).

A doente foi referenciada para consulta de nutrição, sendo-lhe recomendada uma dieta cetogénica; foi aconselhada à prática de exercício físico moderado e regular, bem como a evitar exercícios exaustivos; foi também referenciada para consulta de aconselhamento genético.

Discussão

O atraso diagnóstico desta patologia deve-se maioritariamente à falta de reconhecimento dos sintomas característicos, que podem ser atribuídos a outras condições. Com este caso pretendemos sublinhar a importância de um diagnóstico precoce e de abordagens terapêuticas personalizadas para melhorar os resultados dos pacientes.

Além da anemia: um caso, múltiplos diagnósticos

Mariana Dias; Ana Melício; Hélder Gonçalves; Sara Vasconcelos Teixeira; João Madeira Lopes; António Martins Baptista

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Medicina geriátrica

Introdução

A anemia em idosos é um desafio diagnóstico, frequentemente multifatorial. A investigação pode revelar patologias subjacentes inesperadas, como neoplasias hematológicas e sólidas. Apresentamos um caso ilustrativo da complexidade diagnóstica e terapêutica nesta população, reforçando a importância de uma abordagem integradora.

Caso Clínico

Homem de 90 anos, autónomo, recorreu ao serviço de urgência por dispneia súbita e toracalgia, cansaço agravado desde há várias semanas. Ao exame, apresentava fôvres crepitantes bilaterais e edemas maleolares. Analiticamente, destacava-se anemia normocítica/normocrômica grave (Hb 6,5 g/dL). O estudo revelou ferropenia marcada associada a um pico monoclonal IgM kappa com estudo medular compatível com Macroglobulinemia de Waldenström (MW). Colonoscopia identificou uma lesão ulcerada no cólon ascendente, cuja biópsia revelou displasia de alto grau, altamente sugestiva de adenocarcinoma. Adicionalmente, testes serológicos indicaram infeção crónica pelo vírus da hepatite C, não conhecida previamente. O doente foi estabilizado com suporte transfusional e diuréticos, sendo programada vigilância hematológica e estadiamento oncológico.

Discussão

A investigação de anemia levou à descoberta de múltiplas patologias concomitantes, exigindo uma abordagem multidisciplinar. A coexistência de MW, neoplasia do cólon e hepatite C destaca a complexidade do diagnóstico diferencial na população idosa. Este caso reforça a necessidade de um olhar global e individualizado da Medicina Interna, assegurando decisões terapêuticas ponderadas e ajustadas ao perfil do doente.

Coreia como apresentação de AVC isquêmico

Mariana da Silva Alves; Inês da Silva Teixeira; Beatriz Luís Lopes; Baltazar Gabriel Oliveira; Marta Amaro; Carolina Cardoso; Pedro Dias Dos Santos; Rita Calixto; Ana Rita Cardoso; Isabel Martins

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

Movimentos coreicos como manifestação inicial de um acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico apura-se numa minoria dos doentes e sendo esta uma causa minoritária de coreia de etiologia vascular. Este caso destaca um padrão incomum de apresentação clínica e relembra a possível associação em doentes com movimentos predominantemente involuntários.

Caso Clínico

Doente do sexo masculino, 79 anos, previamente autónomo, que recorre por episódio de movimentos involuntários no hemicorpo direito, iniciados após acidente de baixa cinética sem evidência de traumatismo cranioencefálico. Sem outras alterações ao exame neurológico. A tomografia computadorizada (TC) cranioencefálica não revelou alterações significativas. A ressonância magnética (RM) encefálica evidenciou uma pequena lesão isquémica sub-aguda, subtalâmica esquerda, compatível com a clínica. Optou-se por tratamento sintomático com haloperidol e posteriormente com risperidona, vigilância clínica e foram instituídas medidas de prevenção secundária. Constatou-se cessação total dos movimentos involuntários na consulta de reavaliação 1 mês após a alta.

Discussão

Esta apresentação num AVC realça a diversidade fenotípica da doença cerebrovascular, seja esta de natureza isquémica ou hemorrágica. Pela sua relação com os circuitos dos gânglios da base, a região subtalâmica é uma das regiões que pode suscitar perturbações do movimento, não sendo, contudo, a única localização. Deve ser realizada a RM para a identificação precoce de lesões vasculares e realizar o diagnóstico diferencial de outras causas de coreia. Este caso sublinha uma extensa lista de diagnósticos diferenciais perante a apresentação atípica de perturbações do movimento, assim como a necessidade de ponderar a presença de eventos cerebrovasculares na falta da clínica clássica que lhe é relacionada.

Febre Persistente e Adenopatias: Uma apresentação incomum de febre escaro-nodular

Carolina Isabel Marcos Queijo; António Sousa; Inês Peneda Ferreira; Raquel Lourenço Martins; Natália Lopes; Andreia Rocha Costa; Fernando Salvador

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A febre escaro-nodular, a febre exantemática mais prevalente na Europa, é uma rickettsiose transmitida por vetores, geralmente de evolução autolimitada, mas que pode apresentar manifestações atípicas e persistentes. As manifestações clínicas da febre escaro-nodular ocorrem após um período de incubação variável entre 4 e 21 dias.

Descrição caso

Os autores retratam o caso de uma doente de 77 anos, autónoma, residente em região urbana, com visitas frequentes a meio rural. Antecedentes de neoplasia da mama com mastectomia e hipertensão arterial. Avaliada em consulta, por perda ponderal, astenia e febre de foco indeterminado com padrão vespertino e com meses de evolução. Referia ainda artralhas migratórias de ritmo misto e lesões urticariformes transitórias, sem atingimento palmo-plantar, sem outras lesões. Analiticamente com anemia microcítica hipocrômica com hiperferritinemia (Hb 10.8 g/dL, ferritina >5000 ng/mL), VS 80-88 mm/h e PCR 11.3 mg/dL, leucocitose com neutrofilia e linfopenia. Ecografia abdominal, EDA e EDB sem alterações. TC-TAP “Adenopatias axilares bilaterais e mediastínicas, pericentimétricas(..). Gânglios peri-aórticos em número e dimensões superior ao habitual infra-centimétricas (..) adenopatias pericentimétricas nas cadeias ilíacas externas”. Realizou PET a revelar poliadenopatias supra e infradiafragmáticas e captação óssea difusa. Do restante estudo IGRA negativo; serologias víricas negativas (VHB, VHC, HIV, CMV, EBV). IgM Rickettsia conorii com títulos aumentados 1:256. Iniciou tratamento com doxiciclina 100 mg 12/12h, que por reação alérgica foi substituído por azitromicina 500 mg, com melhoria clínica e analítica. Realizou TC-TAP de reavaliação com regressão das adenopatias.

Discussão e Conclusão

Este caso clínico descreve uma doente, com sintomas constitucionais e febre de longa duração, filiada após estudo complementar numa febre escaro-nodular e demonstra a complexidade do diagnóstico da febre escaro-nodular com manifestações atípicas e a necessidade de uma marcha diagnóstica exaustiva perante uma febre de etiologia indeterminada.

Globalização e Hemoglobinopatias – um caso de Hemoglobinopatia E

Mariana Dias Maia; Catarina Alves de Oliveira; Beatriz Linhares Passos; Andreia Mandim; Maria Luz Dobao Gonzalez; Fani Ribeiro; Inês Burmester; Rita Moça; Raquel Santos; Rosa Lemos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA PÓVOA DE VARZIM/VILA DO CONDE

Tema: Doenças hematológicas

As hemoglobinopatias são distúrbios hereditários que resultam de mutações nos genes das cadeias globínicas da hemoglobina, condicionando uma eritropoiese ineficaz. A Hemoglobinopatia E (HbE) é comum no subcontinente indiano e no Sudeste Asiático. A sua apresentação em homozigotia caracteriza-se por quadros ligeiros, constituindo um desafio diagnóstico.

Relata-se o caso de um doente de 19 anos, natural do Bangladesh. Dos antecedentes destaca-se história de consanguinidade entre os avós paternos. Foi admitido por quadro de febre, hipersudorese e perda ponderal de 4kg em duas semanas. Analiticamente apresentava anemia microcítica e hipocrômica (hemoglobina 11,5g/dL, volume globular médio 52,6fL, hemoglobina globular média 17,5pg), índice de reticulócitos normal, haptoglobina aumentada (417mg/dL), LDH também aumentada (430U/L) e PCR 8mg/dL. O estudo da cinética do ferro evidenciou ferropenia com ferritina elevada (6862 ng/mL) e apresentava eritrócitos em alvo no esfregaço de sangue periférico. O perfil cromatográfico das hemoglobinas realizado por *High Performance Liquid Chromatography* (HPLC) revelou a presença de uma possível variante da hemoglobina com uma percentagem total de HbE 90,50% e HbF de 2,50%. O estudo genético confirmou a presença em homozigotia da variante HBB: c.79G>A p.(Glu27Lys), correspondente à HbE com fenótipo de beta-talassemia. Para esclarecimento dos sintomas B, realizou-se extenso estudo que evidenciou adenomegalias dispersas. A biópsia excisional de gânglio linfático mostrou linfoma de Hodgkin de predomínio linfocítico (positivo para CD15 e CD30), que evoluiu com síndrome hemofagocítico associado.

As hemoglobinopatias têm uma expressão crescente no nosso país com a migração dos povos. A presença de microcitose marcada deve ser um fator de alerta, sobretudo quando existe contexto étnico. Encontram-se estudos a relatar a relação de neoplasias (sobretudo sólidas) com hemoglobinopatias dependentes de transfusão. Acresce que, embora as doenças hematológicas, em particular linfoproliferativas, sejam um fator precipitante de síndrome hemofagocítica, não há dados suficientes na literatura quanto à relação desta última com as hemoglobinopatias e qual o seu valor prognóstico.

Tamponamento Cardíaco como manifestação inaugural de Neoplasia Pulmonar

Inês Brito e Cruz; Rita Bertão Ventura; Inês Antunes; Daniel Mauricio; Ana Margarida Coutinho; Beatriz Ribau; Lurdes Correia; Lélita Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

O Tamponamento Cardíaco (TPC) é uma emergência médica potencialmente fatal, geralmente secundária a iatrogenia, malignidade ou pós enfarte. A tríade clássica inclui hipofonese cardíaca, hipotensão e turgescência venosa jugular. O TPC maligno é uma manifestação neoplásica rara, habitualmente diagnosticado no post mortem. Este caso clínico ilustra uma manifestação atípica de adenocarcinoma pulmonar (AP) e reforça a importância da investigação etiológica do TPC.

Caso Clínico

Homem de 55 anos, antecedentes de sarcoidose, recorreu ao serviço de urgência por síncope vasovagal, seguida de lipotímia, sudorese e dor torácica posterior esquerda. Associadamente, cansaço para pequenos esforços com 10 dias de evolução.

À admissão, doente pálido e sudorético, com tensão arterial média de 55 mmHg. Analiticamente, leucocitose com PCR 5.75 mg/dL, lesão renal aguda (Creatinina 2.08 md/dL), AST 1204 e ALT 1543 U/L, Troponinas 13.7 ng/L, D-dímeros 16015 ng/mL e gasometria com alcalose respiratória e hiperlactacidémia. Eletrocardiograma sobreponível e ecoscopia mostrou derrame pericárdico circunferencial a condicionar colapso completo do ventrículo direito. Realizada pericardiocentese que drenou 350 mL sero-hemáticos, com melhoria clínica e imagiológica.

Realizou tomografia computadorizada que mostrou densificação peri-hilar esquerda (8 cm), derrame pericárdico e pleural, e adenopatias mediastínicas e hilares. O estudo citológico do líquido pericárdio foi sugestivo de AP, posteriormente confirmado por broncofibroscopia. A tomografia de positrões indicou metastização pulmonar, pleural, pericárdica, ganglionar e óssea.

Discussão

O TPC maligno pode apresentar-se de forma inespecífica, com evolução aguda ou crónica. Contudo, o prognóstico nestes doentes é reservado, sendo essencial o diagnóstico e tratamento precoce, de forma a prevenir consequências potencialmente fatais, e a identificação da etiologia, principalmente aquando suspeita de causa neoplásica.

Ferropénia resistente, gastrite latente

Ana Cláudia Gouveia Nunes; Henrique Santos

HOSPITAL GARCIA DE ORTA, EPE

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

A Gastrite Atrófica Auto-imune (GAI) é uma doença inflamatória crónica caracterizada pela produção de auto-anticorpos contra as células gástricas parietais e/ou, em menor quantidade, contra o fator intrínseco, resultando numa atrofia progressiva do corpo e do fundo gástricos. Trata-se de uma doença habitualmente assintomática, que pode levar a uma série de condições preocupantes, que incluem má absorção e deficiências vitamínicas, além de um risco acrescido de neoplasias gástricas.

Reporta-se o caso clínico de uma jovem de 21 anos, que surgiu com um quadro de anemia ferropénica com 4 anos de evolução, refratária à terapêutica de suplementação oral com ferro. Na consulta referia apenas cansaço. Sob contraceção oral combinada, com menstruações regulares, de pouco fluxo, com a duração de 4/5 dias. Sem restrições alimentares, embora com pouco consumo de vegetais e fruta. Procedeu-se à investigação etiológica, que consistiu na realização de uma endoscopia digestiva alta, com colheita de biópsias, e na realização de exames laboratoriais, nomeadamente pesquisa de anticorpos anti-células parietais e anticorpos anti-fator intrínseco. Os resultados obtidos conduziram-nos ao diagnóstico de gastrite auto-imune.

Embora haja uma associação clássica entre a GAI e a anemia perniciosa, particularmente em idades mais avançadas, recentemente tem sido cada vez mais reportada a sua manifestação como anemia ferropénica, especialmente em pacientes mais jovens, com alguns estudos a colocar a hipótese de esta ser uma manifestação precoce da doença. Para além disso, tem sido evidenciada a sua associação com outras doenças auto-imunes, pelo que é pertinente a sua investigação.

O diagnóstico atempado destes casos demonstra-se valioso, pois permite o tratamento de suporte através da suplementação adequada e vigilância endoscópica recomendada, prevenindo a morbilidade/mortalidade hematológica e gastrointestinal severas, e contribuindo para o curso global benigno da doença.

Lombalgia Febril: Quando a Dor Esconde uma Infecção Profunda

José Martins Dos Santos; Carla Costa; Nuno Alemã Serrano; Beatriz Gamito Gonzaga; Gonçalo Peres; Nina Jancar

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A lombalgia com febre de origem indeterminada pode representar um desafio diagnóstico, especialmente em doentes com múltiplos antecedentes médicos e imunocomprometidos. Este caso destaca a importância de considerar abscessos profundos e espondilodiscite no diagnóstico diferencial, especialmente perante sinais de infecção persistente e dor resistente a terapêutica convencional.

Caso Clínico

Mulher de 61 anos, com antecedentes de esclerose múltipla e patologia degenerativa da coluna, submetida a intervenção cirúrgica e portadora de material protésico neste contexto, recorreu ao serviço de urgência por lombalgia intensa com irradiação para o membro inferior esquerdo, associada a febre vespertina, sudorese noturna, perda ponderal de 22% em três semanas, parestesias e obstipação. Ao exame físico, apresentava sinal de Murphy renal duvidoso à esquerda. Analiticamente, destacou-se leucocitose, PCR elevada e anemia normocítica. Hemoculturas com isolamento de *Streptococcus intermedius*. Para melhor esclarecimento do quadro realizou TC abdómino-pélvica, que revelou uma coleção multiloculada envolvendo o músculo psoas esquerdo. Dada a suspeita da espondilodiscite realizou RM dorso-lombar, que confirmou espondilodiscite L4-L5 com componente tecidual epidural. A doente realizou drenagem percutânea do abscesso do psoas, tendo-se isolado o mesmo microorganismo no pus; cumpriu no total 12 semanas de antibioterapia eficaz (ceftriaxone em regime de internamento e posteriormente amoxicilina/ácido clavulânico juntamente com rifampicina, uma vez que a doente era portadora de material protésico), com evolução clínica favorável.

Discussão

Este caso realça a importância de um diagnóstico diferencial abrangente em doentes com lombalgia febril, especialmente em contexto de imunossupressão. A associação de *S. intermedius* com abscessos profundos reforça a necessidade de investigação imagiológica precoce. A abordagem multidisciplinar, incluindo drenagem percutânea e antibioterapia dirigida, foi crucial para o sucesso terapêutico e recuperação funcional da doente.

Cirrose Hepática por Deficiência de Alfa-1 Antitripsina: Um Diagnóstico Raro

Adriana Basílio; Filipa Guedes; Rita S. Xavier; Margarida Arantes Silva; Sara Pereira; Alice Pinheiro

ULS MÉDIO AVE

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Introdução

A cirrose hepática é caracterizada pela substituição do parênquima hepático por tecido fibroso, frequentemente associada a diversas etiologias. Uma causa rara desta condição é a deficiência de alfa-1 antitripsina (A1AT), um distúrbio genético que provoca a acumulação de uma proteína malformada no fígado, resultando em lesões hepáticas progressivas. Esta condição pode evoluir para cirrose hepática, mesmo na ausência de fatores de risco clássicos, como o consumo de álcool.

Caso Clínico

Homem de 52 anos, encaminhado para consulta de hepatologia após diagnóstico de cirrose hepática em tomografia computadorizada realizada durante investigação de astenia. Referia cansaço para médios esforços, sem outros sintomas associados, nomeadamente edemas, prurido, alterações do trânsito intestinal ou coloração da urina. Relatava antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemia. Negava consumo de álcool ou outros tóxicos, assim como comportamentos sexuais de risco. O estudo analítico revelou pancitopenia e ligeira alteração na coagulação, sem alterações nas provas de função hepática. A investigação etiológica revelou défice de alfa-1 antitripsina (53,9 mg/dl), confirmando o diagnóstico com fenotipagem genética PI*SZ. A RM abdominal evidenciou sinais de cirrose hepática, com circulação colateral hepatofugal. A endoscopia digestiva mostrou varizes esofágicas grandes, tratadas com laqueação elástica. O ecocardiograma revelou dilatação moderada da aurícula esquerda e regurgitações mitral e tricúspide, com função biventricular preservada. Restante estudo (serológico, autoimune, ceruplasmina, TC Tórax, espirometria e ECG) sem alterações de relevo. Perante os resultados foi instituída terapêutica com Carvedilol 6.25 mg bid e referenciado para centro de transplante hepático.

Conclusão

A cirrose hepática associada à deficiência de alfa-1 antitripsina é uma condição rara, mas deve ser considerada em doentes com doença hepática crónica sem fatores de risco clássicos. O diagnóstico precoce, com fenotipagem genética, é essencial para a gestão adequada e prevenção de complicações, como a hipertensão portal. O acompanhamento especializado e o tratamento com beta-bloqueadores são fundamentais para otimizar o prognóstico destes pacientes.

Entre a Vasculite e a Embolia: a Aorta como peça-chave

Emanuel Fernandes¹; Stefanie Moreira²; Joana Milhazes Pinto²; Margarida Arantes Silva³; Elisabete Mendes¹; Diana Lopes²; Ana Rita Silva²; José Nuno Alves²; Carla Ferreira²

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO ALENTEJO

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

³ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO AVE

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A abordagem a um evento cerebrovascular isquémico exige um estudo etiológico exaustivo para identificar a sua causa e, assim, orientar a melhor estratégia terapêutica.

Mulher de 69 anos, mRS 0, com antecedentes de diabetes mellitus, dislipidemia, obesidade, admitida por desvio da comissura labial e déficit motor do membro superior direito, com 12 horas de evolução. Ao exame neurológico com déficit motor braquial (MRC grau 4), com face; NIHSS 3 pontos. A TC-CE com ASPECTS 10 e Angio-TC sem oclusão de grande vaso. Foi internada para estudo etiológico.

Foi realizado estudo analítico e punção lombar ambos sem achados de relevo. A RM-CE, com 2 dias de clínica, revelou múltiplas lesões isquémicas em vários territórios vasculares, com igual tempo de evolução. Por suspeita de vasculite, iniciou-se ciclo de metilprednisolona durante cinco dias, seguida de prednisolona. Realizada angiografia diagnóstica, com 11 dias de clínica, que excluiu a hipótese de vasculite.

Ainda durante a investigação, a ecocardiografia transesofágica revelou dilatação moderada da aurícula esquerda, alterações valvulares moderadas e a presença de uma placa móvel no arco aórtico com 1.2x7mm. O Holter recente era negativo. Ficou medicada com dupla anti-agregação, aspirina e clopidogrel, suspendendo-se a corticoterapia. RM-CE de controlo, 15 dias após, revelou novas lesões agudas. Assim, foi alterada a estratégia terapêutica para hipocoagulação temporária, associada a antiagregação com ticagrelor e manutenção de estatina em alta dose.

A vasculite geralmente cursa com quadro clínico mais grave e lesões em diferentes estádios. Acreditamos que a placa móvel esteve na origem dos eventos isquémicos. Neste caso o numero de lesões, a cronologia das mesmas e a escassez de sintomas apresentados pela doente ditou a necessidade de estudo mais abrangente culminando na percepção da necessidade de adicionar hipocoagulação para controlo de novas lesões.

Investigação diagnóstica de um derrame pleural de grande volume

António Cardoso Fernandes; Maria Guilherme Muchata; Mariana Marques; Joana Urbano; Diana Guerra

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

Tema: Doenças respiratórias

Introdução

O derrame pleural pode estar associado a diversas patologias, sendo o diagnóstico diferencial um desafio clínico.

Caso clínico

Sexo masculino, 71 anos. Sem antecedentes pessoais. Recorreu ao serviço de urgência em 20/04/2024 por dispneia progressiva, astenia e dor torácica pleurítica. Associadamente, apresentava tosse seca, hipersudorese noturna e perda ponderal (3 kg nos últimos 6 meses). Exposição prévia a amianto durante a adolescência, mas negava histórico de tabagismo ou doenças pulmonares prévias. Apresentava insuficiência respiratória tipo 1, tendo iniciado oxigenoterapia. A radiografia de tórax evidenciou derrame pleural direito de grande volume. Efetuada toracocentese diagnóstica e evacuadora, com líquido seroso, exsudativo, com predomínio de monócitos. Internado para estudo. A tomografia computadorizada torácica revelou lesões pulmonares suspeitas, espessamentos pleurais homolaterais e formações ganglionares mediastino-hilares, lesões essas hipermetabólicas na tomografia de emissão de positrões. Investigação microbiológica, incluindo estudo micobacteriológico, foi negativa. Realizou biópsia torácica guiada com necrose extensa e células atípicas, sugerindo malignidade, mas sem diagnóstico definitivo por escassez de material. Teve alta orientado para consulta de pneumologia, tendo sido submetido a uma biópsia pulmonar transtorácica, que revelou mesotelioma epitelióide. Proposto para 6 ciclos de Carboplatina e Pemetrexedo. No entanto, com agravamento clínico e evidência de progressão da doença. Atualmente sem condições clínicas para continuidade de tratamento sistémico, mantendo seguimento em Cuidados Paliativos.

Discussão

Este caso destaca a importância de uma abordagem diagnóstica rápida e estruturada para identificar a causa do derrame pleural e iniciar a terapêutica adequada, essencial para melhorar o *outcome*, especialmente em doenças malignas como o mesotelioma.

You don't look for what you're not expecting

Beatriz Sá Pereira; Zsófia Santos; Teresa Costa Pereira; Maria Leonor Neves; Rita Penaforte

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE AMADORA/SINTRA

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução

O fentanil é um opióide amplamente utilizado, especialmente na gestão da dor crónica. A sua formulação transdérmica permite níveis plasmáticos sustentados, proporcionando maior estabilidade e segurança.

Caso clínico

Mulher de 83 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, fibrilhação auricular e patologia osteoarticular degenerativa medicada cronicamente com opióides, apresentou quadro de prostração de agravamento progressivo com 3 dias de evolução. À chegada da equipa pré-hospitalar, encontrava-se em *gasping* com bradicardia, com necessidade de entubação orotraqueal no local.

Foi admitida na sala de reanimação com uma pontuação de 3 na *Glasgow Coma Scale* sem sedoanalgesia, com pupilas mióticas, associada a hipotensão marcada com necessidade crescente de noradrenalina. Gasimetricamente com acidémia metabólica com lactato de 8.41 mmol/L. A ecografia à cabeceira não revelou alterações. A radiografia do tórax evidenciou infiltrado nodular bilateral. A tomografia computadorizada (TC) do crânio excluiu lesões agudas.

Por suspeita de intoxicação a opióides, administrada naloxona com melhoria imediata do estado de consciência e possibilidade de suspensão do suporte aminérgico. Identificou-se um penso de fentanil transdérmico de 25mcg na região cervical posterior, que foi removido.

Após admissão na unidade de cuidados intensivos, comprovou-se lesão renal aguda com creatinina 4.62mg/dL, sem alterações iónicas, com proteína C reativa 45mg/dL. A punção lombar foi inocente, com painel microbiológico negativo. A TC torácica confirmou o diagnóstico de sépsis de ponto de partida respiratório com disfunção multiorgânica, associada a pneumonia bilateral extensa.

Discussão

A presença de hipotensão refratária, bradicardia, insuficiência respiratória aguda, alteração do estado de consciência e acidémia metabólica em doentes com uso crónico de opióides deve levantar a suspeita de intoxicação subaguda por opióides, especialmente em doentes com disfunção renal.

Adenopatias cervicais – a propósito de 3 casos clínicos

Ana Frederica Parente; Patricia Tinoco Araujo; António Cardoso Fernandes; Iara Fazenda; Joana Costa Lemos; Sara Armelim Alves; António Ferreira; Diana Guerra; Carmélia Rodrigues

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

Tema: Outro

Introdução

As adenopatias são um motivo comum de consulta e um desafio diagnóstico. Maioritariamente associam-se a doenças benignas e auto-limitadas mas podem indicar situações de maior gravidade.

Caso Clínico 1

Mulher, 18 anos. Consulta de Medicina Interna (MI) em jun/18 por tumefações cervicais e retroauriculares esquerdas, dolorosas, anorexia e perda ponderal (5Kg) em 2 meses, sem sudorese noturna. Contacto próximo com Tuberculose (TB) em 2012, não rastreada. Tomografia computadorizada (TC): múltiplas adenopatias de aspeto necrótico jugulocarotídeas bilaterais, cervicais posteriores e supraclaviculares esquerdas. Análises: serologias infecciosas e estudo imunológico negativo. Biópsia ganglionar: Anatomia Patológica (AP) compatível com linfadenite granulomatosa necrotizante, PCR de M. tuberculosis (MT) positiva e cultural com crescimento de MT. Resolução após 9 meses de tratamento de TB ganglionar.

Caso Clínico 2

Mulher, 21 anos. Em nov/23 consulta de MI por tumefação supraclavicular esquerda, tosse e enfartamento pós-prandial há 4 meses. EO: adenopatia supraclavicular esquerda, dura, não móvel. Análises: VS 35mm. TC: conglomerado de 3cm supraclavicular esquerdo. Biópsia ganglionar: AP compatível com Linfoma de Hodgkin clássico (LHC). PET: adenopatias na região supraclavicular esquerda, mediastino e abdominal. Referenciada à consulta de Hemato-Oncologia do IPO e proposta para quimioterapia por LHC estágio III, IPS0.

Caso Clínico 3

Mulher, 56 anos, tabagismo e VIH, CD4+ 300cél/mm³. Recorreu ao SU em set/20 por dor e tumefação cervical direita há 2 meses. EO: adenopatia supraclavicular direita aderente a planos profundos, dura e indolor, ptose e miose direitas. Radiografia tórax: opacidade no ápex pulmonar direito. TC: nódulo hilar direito com 4cm e espessamento da pleura parietal, múltiplas adenopatias e nódulo hepático com 3cm, suspeita de lesão secundária. Internada por provável neoplasia de pulmão metastizada e síndrome (Sd) Pancoast com Sd Horner. Biópsia por Broncofibroscopia, com AP: carcinoma de células não pequenas. Agravamento clínico tendo vindo a falecer.

Conclusão

Apesar do diagnóstico diferencial vasto, a anamnese e exame objetivo são cruciais para uma correta e célere abordagem das adenopatias.

Tuberculose Disseminada no Puerpério: Um Desafio Diagnóstico

Margarida Mourato; Rita Penaforte; Daniela Silva; Miguel Achega; Fernando Aldomiro

HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A tuberculose (TB) disseminada é uma forma grave de TB extrapulmonar, frequentemente de apresentação inespecífica. No puerpério, a suspeita clínica pode ser ainda menor, uma vez que sintomas constitucionais como o cansaço e a perda ponderal podem ser atribuídos às mudanças fisiológicas do pós parto.

Mulher de 30 anos, natural do Bangladesh, residente em Portugal há dois anos, sem antecedentes médicos conhecidos, com história de parto eutócico cerca de seis semanas antes do internamento hospitalar. Foi inicialmente referenciada a consulta de Medicina Interna por surgimento de uma adenopatia cervical direita com cerca de nove meses de evolução. Negava febre, suores noturnos ou tosse. Ao exame objetivo a salientar adenopatia cervical direita e occipital, duras, móveis e indolores, aderentes aos planos profundos. A salientar assimetria mamária, com empastamento palpável na mama esquerda, sem sinais inflamatórios e, à auscultação pulmonar, diminuição do murmúrio vesicular nas bases bilateralmente. Ainda em ambulatório realizou citologia aspirativa do gânglio cervical que revelou presença de granulomas epitelióides não necrotizantes, pesquisa de BAAR negativa, PCR de *Mycobacterium Tuberculosis* negativa e citologia negativa para células neoplásicas. Foi internada para esclarecimento e realizou, para exclusão de neoplasia da mama metastizada, tomografia computadorizada do corpo que revelou múltiplas adenopatias cervicais, mediastínicas e abdominais, espessamento e derrame pleural bilateral, várias imagens pseudonodulares dispersas, de predomínio nos lobos superiores de ambos os pulmões e ascite. Pedida broncofibroscopia com PCR positiva para *Mycobacterium Tuberculosis* no lavado broncoalveolar. A TB disseminada habitualmente cursa com sintomas mais inespecíficos comparativamente a outras formas de TB. Este caso evidencia a complexidade diagnóstica da TB disseminada no puerpério sendo por vezes necessário um elevado grau de suspeição particularmente em doentes imigrantes de áreas endémicas.

Manifestação Neurológica de Epstein-Barr: Caso Clínico de Meningoencefalite

Ana Frederica Parente; Patricia Tinoco Araujo; António Cardoso Fernandes; Iara Fazenda; Joana Costa Lemos; Sara Armelim Alves; António Ferreira; Diana Guerra; Carmélia Rodrigues

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A mononucleose infecciosa (MI) pelo vírus Epstein-Barr (EBV) tem um curso geralmente autolimitado. No entanto, em raras situações, podem surgir complicações neurológicas como meningoencefalite (ME).

Caso Clínico

Mulher, 20 anos. Iniciou a 11/6/24, odinofagia, febre e tumefação cervical bilateral. A 14/6, por agravamento dos sintomas recorreu ao médico assistente, com teste monospot + e citocolestase hepática. Diagnóstico de mononucleose infecciosa (MI) e medicada com tratamento sintomático. Admitida no Serviço de urgência a 16/6, por cefaleia. No SU, teve crise tónico-clónica generalizada auto-limitada. Ao exame objetivo: sonolenta, T: 37.5°C, orofaringe ruborizada, numerosas adenopatias cervicais posteriores e submandibulares. Análises: leucocitose 29380/L, linfocitose 23700/uL, trombocitopenia 110000/uL, citocolestase (AST 321 U/L, ALT 344 U/L, FA 305U/L, GGT 123U/L) e hiperbilirrubinemia (BT 5.61 mg/dl, BD 4.44mg/dl). Ecografia abdominal: esplenomegalia homogénea. Serologia vírica positiva para EBV (IgM), e Citomegalovírus (CMV) (IgG e IgM). Realizada punção lumbar (PL) com saída de líquido turvo, células totais 221 (N 8 (4%); L 92 (45%)); glicose 47mg/dL, proteinorráquia de 131mg/dL. Iniciou ganciclovir e levetiracetam. Internada no Serviço de Medicina, com melhoria lenta, apirexia ao 10º dia. RM CE: hypersinal discretamente tumefacto do corpo estriado e do córtex perissilvíco bilateralmente. PCR LCR EBV positiva. Aos 15 dias, doente solicitou alta. Teve alta medicada com valganciclovir 900mg 12h/12h, até completar 21 dias. Avaliada em consulta 2 semanas após a alta, clinicamente bem, normalização completa hematológica e das alterações hepáticas. RM CE: involução dos achados. Diagnóstico final: MI complicada com ME por EBV.

Discussão

Salienta-se o caso clínico pela importância de realização de PL quando presença de sintomas neurológicos e na confirmação de complicações graves a instituição de terapêutica dirigida pode melhorar a sintomatologia e evolução clínica como demonstrado neste caso.

Massa Hepática em doente com Mononucleose Infeciosa: Diagnóstico Acidental Hiperplasia Nodular Focal

Ana Frederica Parente; Patricia Tinoco Araujo; António Cardoso Fernandes; Iara Fazenda; Joana Costa Lemos; Sara Armelim Alves; António Ferreira; Duarte Lages Silva; Diana Guerra; Carmélia Rodrigues

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Introdução

A hiperplasia nodular focal (HNF) é uma das lesões hepáticas benignas mais comuns, geralmente assintomática.

Caso Clínico

Mulher, 20 anos, saudável. Medicação habitual: anticontraceptivo oral (Acetato de ciproterona/etinilestradiol desde os 15 anos). Recorreu ao SU a 22/8/24, por astenia, anorexia, mialgias e calafrios com 4 dias de evolução. Ao exame físico: T 38,4°C e abdómen indolor. Massa palpável que se estende do quadrante superior direito até ao quadrante inferior direito, consistência não dura. Análises: leucócitos 5570/mm³, linfócitos 1500/mm³, citocolestase (BT/BD 1,84/0,48mg/dL, AST/ALT 111/117U/L, FA 380U/L, GGT 127U/L), alfa-fetoproteína e coagulação normais. Serologia positiva EBV IgM. Ecografia abdominal: massa com filiação no lobo direito hepático de 15cm. TAC do abdómen manteve dúvidas diagnósticas relativas a massa hepática, sem dilatação das vias biliares. Assumida mononucleose infecciosa e não se excluindo colangite iniciou piperacilina/tazobactam. Admitida no internamento de Medicina Interna. Realizou RMN abdominal que relatou volumoso nódulo exofítico de 15,5x14,8x9,1cm, isossinal em T1, hipossinal em T2 com áreas hipervasculares na fase arterial, e perda de sinal fora de fases, possível adenoma. Resolução da febre após 5 dias. Alta orientada para Consulta Cirurgia Hepatobiliopancreática, sendo submetida a exérese da massa, cuja histologia concluiu o diagnóstico de HFN.

Discussão

Uma infeção comum por EBV mas com uma apresentação menos frequente com hepatite colestática conduziu à identificação de uma lesão hepática. O diagnóstico diferencial da HFN com adenomas hepáticos, que podem ter complicações mais graves, é importante para a gestão adequada. Pelo tamanho da lesão foi realizada exérese que confirmou o diagnóstico final de HNF, apesar da utilização de anticoncepcionais orais e dos exames imagiológicos sugestivos de adenoma.

Abcesso Perineal Oculto- um caso com múltiplos focos infecciosos

Rui Salvador; Ana Sofia Reis; Adriana Pereira Guedes; Catarina Antunes Salvado; Miguel Ângelo Sousa; Catarina Pereira

ULS GAIA ESPINHO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

Os abscessos perineais são infeções dos tecidos moles frequentemente associadas a diabetes, procedimentos urológicos e má higiene. Os principais agentes incluem *Bacteroides spp.*, *Staphylococcus aureus* e *Escherichia coli*.

Caso Clínico

Homem de 58 anos, autónomo, com antecedentes de dislipidemia, surdez neurosensorial unilateral e episódio de tricotomia escrotal 2 semanas antes de recorrer ao serviço de urgência (SU). Recorreu ao SU por febre, prostração e disúria com 3 dias de evolução. Objetivamente apresentava taquicardia, hipotensão e Murphy renal positivo à esquerda. Analiticamente de realçar leucocitose, PCR de 20,22 mg/dL e lesão renal aguda. Radiografia de tórax mostrou hipotransparência basal esquerda e TC-torácica com infiltrados pulmonares bilaterais compatíveis com processo infeccioso. Foi internado com diagnóstico de Pielonefrite aguda e Pneumonia adquirida na comunidade, medicado com ceftriaxona e azitromicina.

Manteve-se febril e ao 5º dia de internamento por dor escrotal intensa, realizou ecografia que revelou coleção hipoecogénica perineal (95x34 mm), confirmada na TC pélvica como múltiplos abscessos perineais (maior com 65x23x37 mm). Foi submetido a drenagem cirúrgica por Urologia, com isolamento de *Bacteroides ovatus* e *Eggerthella lenta*. Foi internamento em hospitalização domiciliária onde cumpriu 14 dias de piperacilina/tazobactam dirigida, com evolução favorável e TC de controlo com resolução completa de abscessos.

Conclusão

A identificação do abscesso perineal como um terceiro foco infeccioso foi determinante para o sucesso terapêutico, com o seu rápido reconhecimento a permitir a drenagem precoce e o ajuste antibiótico a evitarem complicações como fascíte necrotizante. Este caso sublinha a importância de manter uma abordagem sistemática para excluir focos infecciosos adicionais aos presentes que possam comprometer a evolução clínica. Realçamos também que sistemas de internamento no domicílio em doentes estáveis são uma mais valia para diminuir tempo de internamento hospitalar e as suas consequências.

Trombocitose primária e secundária – Um caso clínico de sobreposição

Fátima Cereja; Diana Briosa Reis; Bárbara da Cruz Ribeiro; Joana Lopo; Mariana Figueiras; Catarina Mendonça

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALGARVE

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A trombocitose pode ser primária, quando associada neoplasias hematológicas, ou secundária a anemia, infeções, neoplasias, doenças autoimunes ou esplenectomia. A abordagem diagnóstica depende da gravidade, da apresentação clínica e deverá ser guiada pelo contexto clínico. Este caso clínico visa realçar a importância de exclusão de causas secundárias de trombocitose.

Caso clínico

Sexo feminino, 79 anos, autónoma, com sintomas de anorexia, astenia e perda ponderal de 9kg (10,5%) em 8 meses, de agravamento progressivo. Associadamente apresenta parestesias nas mãos, episódios de confusão mental e corrimento vaginal escuro, com cheiro fétido. Em estudo analítico no mês anterior apresentava trombocitose de novo, 1588000000/uL, que aumentou para 2831000000/uL nas análises de reavaliação, motivo pelo qual o médico assistente encaminhou para o serviço de urgência. Em internamento o estudo genético CARL foi positivo (BCR/ABL e JAK2 negativos). Realizou ecografia abdominal com existência de lesão abdominal de natureza predominantemente quística adjacente à pequena cisura do estômago, com componente ecogénico interno, medindo 44 x 28 mm; endoscopia digestiva alta que revelou lesão parietal gástrica de aspeto mucinoso, com diagnóstico anatomo-patológico de tumor do estroma gastrointestinal (GIST); ecografia ginecológica com massa anexial esquerda, multilocular, de 10x12x14 mm, de bordos irregulares com critérios de malignidade. Analiticamente com CA 125 normal (11,2 UI/ml), CEA aumentado (11,9U/ml) e CA 19.9 aumentado (414ng/mL).

Assim, assumiram-se os diagnósticos de Neoplasia Mieloproliferativa CARL positiva, GIST e neoplasia do ovário.

Iniciou hidroxiureia até 3g/dia com redução da contagem plaquetária para 1,2 milhões/uL.

Dado o rápido agravamento do *performance status*, à data da reunião multidisciplinar não apresentava critérios para tratamento cirúrgico ou sistémico e foi encaminhada para Cuidados Paliativos.

Discussão

A trombocitose está mais frequentemente associada a causa secundárias. Embora tenha apresentado um teste genético positivo, a clínica e os achados imagiológicos levaram à um estudo exaustivo de outras causas. As neoplasias síncronas levaram a uma rápida deteiorização clínica que associada a idade avançada, estabelecem um pior prognóstico vital.

Enterocolite por Doença de Crohn ou por Campylobacter? Um diagnóstico inesperado

Pedro Sá Almeida; Ana Maria Carvalho; Rita Magalhães; Carolina Queijo; João Enes; Fernanda Linhares

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Há uma relação muito relevante entre a espondiloartite e a doença inflamatória intestinal. No entanto, outras causas de diarreia aguda devem ser pesquisadas, nomeadamente infecciosas, principalmente em doentes imunocomprometidos. A infeção por *Campylobacter* é uma das principais causas de diarreia aguda e a causa bacteriana mais frequente de gastroenterite nos países desenvolvidos, particularmente em doentes imunocomprometidos. Vários animais podem ser portadores destes microorganismos, principalmente aves, cujo consumo de carnes infetadas é muitas vezes a causa de transmissão. Relatamos um caso clínico de enterocolite por *Campylobacter* num doente imunocomprometido, proprietário de aviário, que concomitantemente foi diagnosticado com doença de Crohn de novo. Homem, 73 anos, proprietário de aviário, com antecedentes de espondiloartrite axial com atingimento periférico HLAB27 negativa, imunocomprometido por tratamento com metotrexato, apresentou-se em consulta de Medicina Interna com queixas de epigastralgias recorrentes, náuseas, vômitos e diarreia com duas semanas de evolução. Tinha estudo endoscópico negativo recente por anemia ferropénica crónica. Realizou TC-AP que evidenciou espessamento parietal de ansa do delgado a montante, cego e cólon ascendente. Identificou-se *campylobacter* no painel molecular e isolaram-se *C. jejuni* e *C. coli* em coproculturas. Realizou ainda endoscopia por videocápsula que detetou enterite com substenose ulcerada, a sugerir doença crónica. Repetiu colonoscopia com ileoscopia e biópsias que confirmaram doença de Crohn. Foi tratado com azitromicina durante três dias com melhoria da diarreia e tolerância alimentar, tendo sido enviado para consulta de Gastroenterologia para seguimento da doença inflamatória intestinal recém diagnosticada. Este caso demonstra a importância dos diagnósticos diferenciais na diarreia aguda, evidenciando a relação da espondiloartrite com a doença de Crohn.

Doença Pneumocócica Invasiva secundária a Otite Média Aguda: relato de um caso clínico

Joana Sofia Rego; André Pereira; José Joaquim; Magda Costa; Flávia Santos; Carlos Fernandes; Jorge Cotter

CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE, EPE / HOSPITAL DE GUIMARÃES

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A doença pneumocócica invasiva (DPI) é causada pelo *Streptococcus Pneumoniae*, que em contexto de imunossupressão ou outras comorbilidades pode atravessar barreiras naturais e originar infeções graves. É uma das principais causas de morbimortalidade no mundo, sobretudo em grupos de risco. A vacinação reduziu a incidência de casos, mas a resistência antimicrobiana crescente reforça a necessidade da prevenção, diagnóstico precoce e terapêutica adequada.

Caso Clínico

Homem de 67 anos, com Dislipidemia e Carcinoma Nasofaríngeo Indiferenciado com metastização cervical, sem evidência de recidiva desde 2022, recorreu ao Serviço de Urgência por otalgia direita com 4 dias de evolução. Apresentava-se febril e desorientado no tempo e no espaço. Analiticamente, evidenciava leucocitose, neutrofilia e PCR de 258mg/L. Os vírus respiratórios foram negativos e as antígenúrias positivas para *S. Pneumoniae*. A radiografia torácica e tomografia computadorizada (TAC) de crânio não revelaram alterações. Realizou punção lombar com saída de líquido turvo, pressão de abertura normal, 8320 leucócitos/uL (95% polimorfonucleares), consumo de glucose (<4mg/dL) e proteinorráquia de 440mg/dL. Iniciou antibioterapia empírica com Ampicilina, Vancomicina, Ceftriaxone, associada a Dexametasona. Após confirmação de *S. Pneumoniae* no LCR e hemoculturas, suspendeu-se Ampicilina e Vancomicina. A otoscopia revelou sinais de Otite Média Aguda (OMA). A TAC ouvidos revelou mastoidite e osteomielite. Após 2 semanas, a otoscopia mostrou ausência de drenagem purulenta. Cumpriu 4 semanas de antibioterapia, com melhoria clínica e analítica.

Discussão & Conclusão

Este caso evidencia a gravidade da DPI e a importância do diagnóstico e tratamento precoces, sobretudo na suspeita de meningite secundária a OMA. O início precoce de antibioterapia foi decisivo para o controlo da infeção e prevenção de sequelas. A prevenção, incluindo a vacinação contra *S. Pneumoniae* e a vigilância dos fatores de risco, é essencial no controlo da DPI.

Micose Fungóide, relato de um caso clínico

António Sousa; Inês Ferreira; Inês Silva; Carolina Queijo; Nuno Silva; Fernando Salvador

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A micose fungóide é um linfoma não-Hodgkin de células T, de etiologia ainda pouco esclarecida, com uma incidência de 6 casos por milhão de habitante por ano. Tem uma evolução clínica progressiva, com lesões cutâneas caracterizadas por pápulas ou placas localizadas mas que podem evoluir para eritrodermia generalizada, com prurido debilitante associado. O diagnóstico assenta em achados clínicos, laboratoriais e através da histologia de biópsia cutânea. O prognóstico varia de acordo com as características de cada doente, sendo normalmente mais ominoso quanto maior o envolvimento cutâneo.

Caso Clínico

Doente do sexo feminino, 86 anos, com antecedentes de hipertensão e fibrilhação auricular hipocoagulada. Observada por exantema eritematoso disperso pelo tronco, dorso e membros, confluyente e pruriginoso, que branqueava à digitopressão, com meses de evolução. Tentativas prévias com corticoterapia tópica e sistémica mostraram-se ineficazes. Analiticamente destacava-se monocitose relativa, aumento LDH (682 U/L) e marcadores inflamatórios negativos. Esfregaço de sangue periférico revelou dismorfias em células aparência linfóide. Admitida a internamento para estudo etiológico. Após rastreio autoimune negativo, serologias víricas não reativas e hemoculturas negativas, avançou-se para biópsia cutânea. Ao nono dia de internamento, aparecimento de febre e insuficiência respiratória de novo, diagnosticada infecção Sars-CoV-2 grave com pneumonia extensa, com evolução clínica rapidamente desfavorável culminando em óbito. O diagnóstico surge posteriormente, após resultado de biópsia com histologia com aspeto morfológico e imunohistoquímico de micose fungóide.

Discussão

Com este caso realçamos um desfecho desfavorável derivado a complicações infecciosas de uma patologia marcada pela imunossupressão agressiva, deixando os doentes com risco elevado de infeção. O atraso diagnóstico impediu o início mais atempado de tratamento dirigido. A micose fungóide, embora rara, apresenta-se como um diagnóstico complexo, que deve ser suspeitada na presença de exantema refratário às medidas iniciais ou de atingimento difuso

Hipoglicémia grave numa doente não diabética, e agora?

Mafalda Leal¹; Luís Gaião Santos²; Luís Coelho²; Carolina Paula²; Carlota Lalandá²; Ana Catarina Pina Pereira²; Maria Rebelo²; Jorge Frade²; Maria Francisco²; Sofia Salvo²; Madalena Lisboa²

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ/HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Os insulinomas, também designados de tumores das células beta do pâncreas, são tumores neuroendócrinos do pâncreas, extremamente raros, com uma incidência estimada de dez casos por milhão de habitantes e predominância no sexo feminino. Apresentam-se habitualmente como lesão única, de pequenas dimensões e tipicamente benigna. Dada a sua hipersecreção de insulina, manifestam-se pela tríade de Whipple - hipoglicémia induzida pelo jejum, glicémia capilar (GC) inferior a 45mg/dL e rápida resolução com a administração de glicose. A ressecção cirúrgica é o tratamento de eleição, sendo curativo em até 98% dos casos.

Mulher, 77 anos, obesa, sem história de diabetes, recorre ao serviço de urgência (SU) por um quadro com 6 meses de evolução de deterioração cognitiva, com alternância entre confusão, heteroagressividade e prostração, tendo já sido identificadas hipoglicémias em jejum. À admissão no SU com GC 21mg/dL e prostração. Administrada glicose hipertónica, com melhoria franca do estado de consciência. Sem alterações ao exame objetivo. Analiticamente apenas a destacar hemoglobina glicada de 3.9%, equivalente a glicémia média estimada de 65mg/dL, tendo sido internada para estudo de hipoglicémias. Foi excluída a toma de qualquer medicação hipoglicemiante.

Realizou prova de jejum prolongado compatível com hiperinsulinismo endógeno (término com GC 29mg/dL, insulina 14.3uUI/mL e peptido C 2.19ng/mL), excluindo-se adicionalmente, hipopituitarismo e hipocortisolismo. Ressonância magnética compatível com suspeita de insulinoma, pelo que realizou PET com “aumento anómalo da expressão de receptores de somatostatina na região da cabeça do pâncreas”. Assumido diagnóstico provável de insulinoma, iniciando terapêutica com diazóxido sem novas hipoglicémias desde então. Atualmente seguida em consulta de tumores neuroendócrinos, aguardando eventual enucleação.

Com este caso pretendemos alertar para a importância do estudo diferencial da hipoglicémia, que neste caso, culminou num diagnóstico raro, mas potencialmente fatal.

Parestesias: a importância de um exame objetivo cuidado

Ângela S. Almeida; Anabela Carvalho; Laura Castro; Elisa Torres; Jorge Cotter

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO AVE

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

As parestesias refletem uma percepção sensorial anormal decorrente de alguma alteração da condução do estímulo sensitivo em algum ponto entre o córtex cerebral e o nervo periférico e podem estar presentes em neuropatias de diferentes etiologias, nomeadamente cerebrovasculares ou musculoesqueléticas. Distúrbios musculoesqueléticos relacionados com a atividade profissional (em inglês, WMSD) são muito frequentes nos profissionais de saúde, em virtude de posturas inadequadas, ritmo acelerado de trabalho, movimentos repetitivos, entre outros, podendo manifestar-se como queixas álgicas ou neurológicas.

Feminino, 32 anos, enfermeira, sem antecedentes e sem medicação habitual, refere parestesias e hipostesia dos membros superior e inferior direitos no decorrer da sua atividade profissional, limitantes, sem défices motores associados e sem outras queixas. Do estudo etiológico efetuado, de referir estudo analítico sem alterações (incluindo fatores de risco vascular, despistes serológicos, alterações endócrinas e défices vitamínicos); angioTC crânio-encefálica e de troncos supra-aórticos sem alterações agudas ou crónicas; RMN-CE sem lesões suspeitas de foro gliótico-isquémico, vasculítico, desmielinizante ou neoplásico; punção lombar sem alterações. Durante o internamento, ao exame físico mais detalhado objetivada tensão muscular exuberante na região escapular e do ombro direito, bem como na região nadegueira e face posterior do membro inferior direito, abaixo do nível do joelho, com graves contraturas musculares dos músculos peitoral menor, elevador da omoplata, piriforme e solear, à direita, cuja pressão mimetizava as queixas referidas. Apresentou melhoria progressiva durante permanência na enfermaria, com resolução das queixas após início de reabilitação.

Os WMSD podem apresentar-se de diversas formas, podendo alguns dos seus sintomas mimetizar situações clínicas graves, como eventos cerebrovasculares, cujo despiste célere é fundamental. Deste modo, é crucial uma história clínica detalhada e um exame objetivo minucioso, de modo a garantir um diagnóstico diferencial completo que permita não só excluir situações potencialmente graves, mas também orientar atitudes e terapêutica de acordo com os achados encontrados.

PRES associado a Tacrolimus – a importância do diagnóstico precoce

Ana Margarida Coutinho; David Matos Monteiro; Teresa Alfaiate; Adélia Simão; Lèlita Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

A Síndrome de Encefalopatia Posterior Reversível (PRES) caracteriza-se clinicamente por alteração do estado de consciência, cefaleias, convulsões e sinais focais. Apresenta uma incidência relativamente baixa (0,5 - 5%) entre os doentes transplantados com órgãos sólidos. Entre as causas mais frequentes da PRES encontram-se o uso de terapêuticas imunossupressoras, nomeadamente o tacrolimus.

Caso Clínico

Doente de sexo feminino, 80 anos, natural de Inglaterra, internada no Serviço de Medicina por tromboembolia pulmonar bilateral. Como antecedentes pessoais relevantes de destacar carcinoma da mama esquerda, submetida a mastectomia e transplante renal em 2012 por causa não esclarecida, a realizar imunossupressão com prednisolona 5mg e tacrolimus 1mg. Ao nono dia de internamento apresentou quadro de alteração do estado de consciência, cefaleias, tremores nos membros superiores e febre de difícil cedência a antipiréticos. Efetuado rastreio séptico, sem identificação de foco infeccioso; punção lombar, sem alterações compatíveis com infeção do sistema nervoso central; avaliação analítica que revelou tacrolinémia elevada. A Tomografia Computarizada Crânio-Encefálica não tinha alterações de relevo. Suspendeu o tacrolimus e iniciou terapêutica com metilprednisolona endovenosa 20 mg. Houve melhoria progressiva do estado de consciência após normalização dos valores de tacrolinémia.

Discussão

Neste caso, o diagnóstico de PRES associado ao tacrolimus teve em conta os seguintes critérios: alteração do estado de consciência, tacrolinémia elevada e exclusão de causas metabólicas, infecciosas e estruturais. O rápido reconhecimento da causa subjacente e a suspensão do tacrolimus foi crucial para a boa evolução clínica da doente.

Meningite Pneumocócica em Adultos: Desafios Diagnósticos e Terapêuticos

Inês Carvalho Machado; João Pedro Pais; Patrícia Tinoco Araújo; António Cardoso Fernandes; Nuno Pardal; Marta Bitoca Sousa; Bruno Daniel Carneiro; Beatriz de Rosas Matos; Diana Guerra

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

Apesar da crescente cobertura vacinal da população, o *Streptococcus pneumoniae* continua a ser o agente etiológico mais prevalente de Meningite Bacteriana em adultos em Portugal. A clínica inespecífica, com febre alta, cefaleias e alteração do estado de consciência, pode atrasar o seu diagnóstico e o início de terapêutica adequada, o que, por sua vez, piora o seu prognóstico, especialmente na população idosa.

Caso Clínico 1

Homem, 87 anos, com antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica, recorre ao Serviço de Urgência (SU) por confusão mental, febre e vômitos com 2 dias de evolução. Realizou Tomografia Computorizada Cerebral que revelou um realce leptomeníngeo difuso. A Punção Lombar (PL) mostrou líquido cefalorraquidiano (LCR) turvo com pleocitose, hipoglicorráquia e proteinorráquia. Inicia empiricamente ceftriaxone, ampicilina e dexametasona, contudo o doente evolui desfavoravelmente, com agravamento rápido e progressivo, acabando por falecer. Mais tarde, o exame bacteriológico do LCR e as hemoculturas isolam *S. pneumoniae*.

Caso Clínico 2

Mulher, 36 anos, sem antecedentes patológicos de relevo, recorre ao SU por febre e cefaleia intensa com poucas horas de evolução. Por depressão do estado de consciência, suspeita-se de infeção do sistema nervoso central. A PL revela LCR turvo, pleocitose com neutrofilia, hipoglicorráquia e proteinorráquia. Inicia empiricamente ceftriaxone e dexametasona. Para proteção neurológica e da via aérea, optou-se por intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva, que manteve durante 4 dias. A pesquisa de antígenos capsulares de *S. pneumoniae* no LCR foi positiva, sendo mais tarde confirmada com o isolamento do agente em cultura bacteriológica do LCR e em hemoculturas. Após teste de sensibilidade a antibióticos, opta-se por *switch* para benzoilpenicilina que mantém até perfazer 14 dias de terapêutica endovenosa. Evoluiu favoravelmente em enfermaria, tendo alta com resolução clínica completa, sem défices neurológicos.

Conclusão

Ainda que a meningite não seja a principal manifestação da doença pneumocócica invasiva nos adultos, a meningite pneumocócica é uma patologia grave cuja identificação rápida e o tratamento adequado são cruciais para a diminuição da sua morbimortalidade.

Da Hemólise ao défice vitamínico: Desmistificando a Anemia Megaloblástica

BERNARDO BELCHIOR; JOÃO SILVA PEIXOTO; CHRISTINE CANIZES; RICARDO VELHO; JOANA PAIXÃO; LÈLITA SANTOS

CHUC

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A anemia megaloblástica, frequentemente associada a défice de ácido fólico e vitamina B12, pode ser erradamente confundida com a anemia hemolítica na sua apresentação aguda, caso não seja realizado o estudo adequado de anemia, como se constata nos seguintes casos clínicos

Caso clínico

Homem de 86 anos recorre ao Serviço de Urgência com queixas de astenia com 1 mês de evolução. Dos exames realizados a destacar, elevação da desidrogenase láctica (LDH), anemia macrocítica grave (Hb 5,8 g/dl), leucopenia e trombocitopenia. Suspeitou-se de anemia hemolítica e o doente foi internado para estudo. No internamento, constatou-se deficiência grave de ácido fólico (níveis séricos indetetáveis). Perante o diagnóstico de anemia megaloblástica, foi transfundido com contrado eritrocitário (CE) e iniciou reposição de ácido fólico, com resposta analítica e clínica adequadas, pelo que teve alta clínica. O segundo exemplo, diz respeito a uma mulher de 73 anos, internada por tromboembolismo pulmonar e anemia macrocítica com elevação franca da LDH, levantando, uma vez mais, a suspeita de anemia hemolítica. Os achados laboratoriais revelaram défices vitamínicos, tanto de vitamina B12 como de ácido fólico. A reposição vitamínica e transfusão de CE resultaram numa adequada resposta hematológica, com normalização da hemoglobina e estabilização clínica.

Discussão

Estes casos clínicos salientam a importância de solicitar precocemente exames laboratoriais essenciais, como o doseamento de ácido fólico e vitamina B12, por forma a garantir a cabal distinção entre anemia megaloblástica e anemia hemolítica. A elevação da LDH, comum a estes dois casos, constituiu um factor confundidor que, frequentemente, pode resultar num diagnóstico tardio, com consequências clínicas graves, mas seguramente evitáveis com uma adequada abordagem do doente

Relembrar Amiloidose AL e a importância de um diagnóstico atempado

Ana Rita de Sousa Melo; Inês Amaral Pinto; Sara M. Ribeiro; Romana Bett. Fagundes; Inês Rueff Rato

CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

A Amiloidose AL é uma doença sistémica em que ocorre deposição de fragmentos de cadeias leves monoclonais nos tecidos. A apresentação é variável e depende dos órgãos afetados, podendo ocorrer em associação com outras discrasias de plasmócitos. O prognóstico é sombrio, sobretudo se o diagnóstico for tardio e houver atingimento multissistémico.

Caso Clínico

Homem de 75 anos sem antecedentes de relevo. Em estudo por queixas de astenia, perda ponderal, dispneia de esforço, dispepsia e diarreia com 6 meses de evolução. Do estudo prévio, a destacar: anemia, derrame pleural bilateral e sinais tomográficos de hepatopatia crónica; ecocardiograma e exames endoscópicos sem alterações. Recorreu ao SU por síncope após esforço, realizou ecocardiograma que demonstrou hipertrofia ventricular esquerda infiltrativa grave com depressão da função biventricular. Da investigação em internamento: NTproBNP 31407 pg/mL, TroponinaT 343 ng/L, anemia, função renal normal; doseamento sérico de cadeias leves livres (CLL) lambda aumentado; proteinúria não nefrótica com deteção de CLL lambda na imunofixação; identificação de substância amilóide nas biópsias hepática, da gordura abdominal e gástrica; estudo medular com infiltração por neoplasia de plasmócitos (10%); sem lesões líticas. Assim, provável Amiloidose AL associado a Mieloma Múltiplo com atingimento sistémico. Protelada quimioterapia por candidíase esofágica. O doente evoluiu desfavoravelmente, com agravamento sintomático e intolerância alimentar por estase gástrica, acabando por falecer.

Conclusão

Pela sua apresentação insidiosa, em que o atingimento de órgão clinicamente evidente é tradutor de doença avançada e de mau prognóstico, o diagnóstico de Amiloidose torna-se possível apenas se houver um elevado índice de suspeição. Um diagnóstico precoce pode alterar o curso natural da doença e melhorar a sobrevida dos doentes.

Uma apresentação atípica de um Linfoma de Hodgkin

Cindy Fazenda; Francisco Castro Sousa; Ricardo Sá Martins; Bruno Santos Teixeira; João P. Santos; Catarina S. Madeira; Joana Pestana

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALGARVE

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

O linfoma de Hodgkin é uma neoplasia hematológica caracterizada pela proliferação de células malignas do sistema linforreticular. Os sintomas principais incidem em linfadenopatia indolor, sintomas B e perda ponderal. Mas, nem sempre a apresentação mais comum é aquela que observamos e nos faz pensar no diagnóstico diferencial.

Objetivo

Descrever o caso de um Linfoma de Hodgkin, diagnosticado num homem de 45 anos.

Caso Clínico

Homem de 45 anos com dor lombar crónica associada ao emprego que implicava levantamento de carga. Negava parestesias, febre, sudorese e perda de peso. Sem alterações relevantes ao exame objetivo. Fez terapêutica anti-inflamatória e corticoterapia sem efeito significativo. Realizou TC-Lombosagrada que revelou extensas lesões líticas nos ossos da bacia e lesões blásticas nas vértebras lombares. Foi referenciado para estudo etiológico e controlo da dor e após realização de RMN lombo-sagrada admitiu-se relação com processo neoplásico primário/secundário com particular expressão a nível da bacia. Biópsias ósseas sem alterações histológicas de relevo. Durante o estudo o doente encontrava-se em negação perante o diagnóstico, não querendo prosseguir o estudo necessário. Foi no internamento que iniciou quadro clínico compatível com sintomas B sem adenopatias associadas. A PET referia malignidade ganglionar supra e infra-diafragmática e esplénica, bem como de malignidade óssea múltipla. A biópsia ganglionar revelou Linfoma de Hodgkin. Foi encaminhado para consulta de hematologia-oncológica iniciando tratamento e atualmente encontra-se em remissão completa.

Discussão/Conclusão

Apresentamos um caso de Linfoma de Hodgkin diagnosticado num homem de 45 anos, sem fatores de risco. A apresentação deste caso clínico é pertinente pela sua atipia de início e pela importância atempada do diagnóstico aumentando a possibilidade de controlo da sua evolução além de nos mostrar o quanto frequente é a negação destes diagnósticos por parte dos doentes e família.

Inibidores SGLT2: uma etiologia rara de policitemia

Maria Guilherme Muchata; Mariana Marques; Joana Urbano; Diana Guerra

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A policitemia caracteriza-se por uma concentração anormalmente elevada da hemoglobina e/ou do hematócrito no sangue periférico. Pode ser de etiologia primária, quando se associa a mutações nas células progenitoras dos eritrócitos, ou secundária, se é mediada por uma elevação da eritropoetina sérica, como resposta fisiológica à hipóxia ou por produção autónoma associada a neoplasias. Existem também outros mecanismos menos conhecidos associados a miscelânea.

Caso clínico

Apresenta-se o caso de um homem de 43 anos com antecedentes de diabetes mellitus, dislipidemia, doença do refluxo gastroesofágico e hipostesia da região inguinal direita pós nefropexia. Medicado com metformina/dapagliflozina 1000/5mg bdiário. Identificada policitemia com hemoglobina de 17,4 g/dl e hematócrito de 50,4%. Sem eventos trombóticos prévios e sem história de roncopatia ou hiperssonolência diurna. O estudo etiológico mostrou tomografia computadorizada torácica, espirometria e ecocardiograma sem alterações, eritropoetina normal (em 2 medições) e mutações JAK2 negativas. Atribuída relação de causalidade possível ao inibidor do cotransportador 2 do sódio e glicose (iSGLT2), tendo sido suspenso, com posterior resolução completa da policitemia.

Discussão

Os iSGLT2, como a empagliflozina e a dapagliflozina, são agentes antidiabéticos usados também na insuficiência cardíaca e na doença renal crónica e têm sido raramente associados ao desenvolvimento de policitemia. Dada a utilização cada vez mais expressiva deste grupo de fármacos, é crucial um acompanhamento atento dos seus potenciais efeitos laterais.

Lúpus eritematoso sistémico, uma apresentação inesperada

Isabel Castro Guerra; Carlos Carrilho Anjo

HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

O Lúpus eritematoso sistémico é uma doença auto-imune com afetação sistémica e multiorgânica. Afecta predominantemente mulheres em idade fértil, o envolvimento cardíaco poderá estar presente em até 25% dos casos. A produção de anticorpos antinucleares é uma característica proeminente.

Caso clínico

Uma mulher de 62 anos é internada electivamente por pericardite recidivante complicada com derrame pericárdico. Tem como antecedentes relevantes bócio multinodular com hipotireoidismo subclínico. Refere também queixas de artralgias. Na RM cardíaca confirma-se pericardite, excluindo isquémia. Analiticamente observou-se um título de anticorpos antinucleares (ANA) superior a 1:160, e trombocitopenia. Após exclusão de diagnósticos alternativos, nomeadamente infeções, alterações da função tiroideia, neoplasias e outras doenças do sistema imunitário, assumiu-se o diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistémico.

Discussão & Conclusão

O Lúpus Eritematoso Sistémico tem uma grande variabilidade de apresentações clínicas, tornando o diagnóstico desafiante. A pericardite apesar de ter uma frequência relevante, não é das apresentações mais comumente reportadas, sendo muitas vezes erroneamente diagnosticada como pericardite viral numa primeira instância. Este caso revela a importância de um baixo limiar de suspeição, para a deteção e terapêutica precoce destes doentes. Iniciando terapêutica dirigida de forma mais precoce, poderia-se ter evitado internamentos repetidos da doente em questão.

TUMOR DE KRUKENBERG: A PONTA DO ICEBERGUE

Inês Amarante; Natacha M. Medeiros; Marlene Estácio; Duarte Machado; Luís Dias

HOSPITAL DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

O tumor de Krukenberg (TK) é um adenocarcinoma metastático do ovário, caracterizado por células em anel de sinete ricas em mucina, com origem em tumores gástricos primários em cerca de 70% dos casos. Comparado aos tumores ováricos primários, o TK afeta mulheres mais jovens e apresenta um prognóstico reservado.

Caso Clínico

Mulher de 33 anos, previamente saudável, admitida no serviço de urgência com dor dorso-lombar com irradiação pélvica. Exames laboratoriais revelaram anemia ferropénica, trombocitopenia ($< 70000/uL$) e elevação da fosfatase alcalina ($> 900 U/L$). A tomografia computadorizada sugeriu a presença de neoplasia ovárica bilateral, levando a internamento para investigação diagnóstica. Do estudo realizado: Marcadores tumorais (CA-125, CA 19.9, CEA) nos limites normais. A ressonância magnética (RMN) pélvica evidenciou uma volumosa lesão anexial direita sólida, com necrose central. A RMN da coluna revelou metastização vertebral difusa com suspeita de infiltração medular. A endoscopia digestiva alta identificou uma ulceração na transição corpo-antro e pequena curvatura gástrica, cuja biópsia confirmou carcinoma difuso pouco diferenciado, com células em anel de sinete. Apesar da instituição de quimioterapia paliativa, evoluiu com discrasia hemorrágica gastrointestinal e ginecológica, falecendo 1.5 meses após o início da investigação.

Discussão

O TK pode ser a primeira manifestação de um tumor primário, mas o diagnóstico é frequentemente tardio devido à sintomatologia inespecífica (incidência estimada entre 1-21%). A distinção entre metastização ovárica de tumor primário gastrointestinal e tumor ovárico primário é crucial, pois influencia diretamente a abordagem terapêutica e o prognóstico. Este caso destaca a importância de um elevado índice de suspeição clínica para TK em pacientes jovens com massas anexiais e sintomatologia inespecífica, que implica uma investigação minuciosa para identificação do tumor primário e otimização da abordagem terapêutica.

ÚLCERAS MUCOCUTÂNEAS INDUZIDAS POR METOTREXATO SEM SOBREDOSAGEM

Inês Amarante; Natacha M. Medeiros; Marlene Estácio; Luís Dias

HOSPITAL DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA

Tema: Outro

Introdução

O metotrexato (MTX) é um antagonista do folato amplamente utilizado no tratamento de doenças autoimunes. Ulcerações mucocutâneas são um efeito adverso raro, mesmo em doses baixas, e geralmente associadas a toxicidade medular ou doenças cutâneas preexistentes, como psoríase e pênfigo bolhoso. As úlceras orais são mais frequentes, enquanto as ulcerações cutâneas são menos comuns e predominam nos membros superiores e região inguinal.

Caso Clínico

Homem de 84 anos, medicado com MTX 7,5 mg/semana para artrite reumatoide, recorreu ao serviço de urgência por odinofagia e tosse. Apresentava leucopénia 3000/uL, plaquetas 53000/uL, PCR 7.8 mg/dL. Foi reduzida dose de metotrexato e medicado empiricamente para infeção respiratória. Por manter citopenias em agravamento (Hb 11.7 g/dL; leucócitos 1300/uL; plaquetas 62000/uL), em reavaliação programada, foi admitido em internamento para estudo, tendo-se suspenso o MTX. Ao exame objetivo, identificaram-se múltiplas ulcerações perineais e úlcera oral dolorosas com 3 semanas de evolução. Por deteção molecular de HSV-1 em zaragatoa da úlcera oral (não detetado nas úlceras perineais), cumpriu ciclo de aciclovir. O doseamento de folato era normal. As serologias para VIH, sífilis e hepatites foram negativas. A tomografia computadorizada e endoscopia digestiva alta não revelaram alterações de relevo. Verificou-se resolução da pancitopenia e ulcerações mucocutâneas apenas com cuidados locais.

Discussão

Este caso destaca-se pela toxicidade mucocutânea e medular induzida por MTX em baixa dosagem, sem défice de folato ou doença cutânea prévia. Fatores de risco para toxicidade incluem disfunção renal, uso de anti-inflamatórios não esteroides, idade avançada e hipoalbuminemia. O reconhecimento precoce desta complicação é essencial para a suspensão do fármaco e medidas de suporte adequadas, reduzindo o risco de complicações graves. O caso enfatiza a necessidade de monitorização rigorosa em doentes sob MTX, mesmo em doses convencionais.

Eritema induratum de Bazin como apresentação rara de doença autoimune

Liliia Savka; Ana Maria Baltazar; Joelma Mendes; Inês Carvalho Santos; Marta Barbosa; Nuno Reis Carreira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A Doença Mista do Tecido Conjuntivo (DMTC) é uma doença autoimune rara, caracterizada por uma combinação de sinais e sintomas de várias doenças autoimunes. O eritema induratum de Bazin é uma vasculite cutânea rara, frequentemente associada à tuberculose, mas raramente não relacionada com esta infeção.

Caso clínico

Mulher, 20 anos. Antecedente recente de uveíte granulomatosa. Referia perda de peso, nódulos subcutâneos, lesões cutâneas, alteração da visão, xerofalmia e xerostomia, alopecia, artralgias de pequenas articulações, obstrução nasal e fenómeno de Raynaud.

Internada por trombocitopenia grave, anemia microcítica, sem elevação de parâmetros inflamatórios, serologias infecciosas negativas, destacando-se velocidade de sedimentação e enzima conversora de angiotensina (ECA) elevada.

A biópsia cutânea revelou eritema induratum de Bazin, mas sem associação com a tuberculose após pesquisa exaustiva.

Estudo de auto-imunidade com anticorpos antinucleares positivos (título 1/640 com padrão citoplasmático), com positividade para anticorpo anti-ribossoma P, anti-RNP, e anti-Scl-70, com negatividade para anti-DsDNA, anti-Sm e restantes, incluído ANCA's.

Realizou tomografia computadorizada, sem evidência de neoplasia e cintigrafia com Galium-67, não sugestivo de sarcoidose. Biópsia brônquica e cutânea sem presença de granulomas ou de Mycobacterium.

Realizado tratamento com corticoterapia e imunoglobulina endovenosa, com reversão da trombocitopenia e melhoria clínica, tendo tido alta com hidroxicloroquina, azatioprina e corticoterapia.

Discussão

A DMTC pode ser desafiadora no diagnóstico por combinar características de várias doenças autoimunes.

O eritema induratum de Bazin observado na biópsia cutânea é um indicativo importante do envolvimento cutâneo, não mediado por tuberculose. A identificação precoce e o acompanhamento contínuo são fundamentais para prevenir danos permanentes e melhorar a qualidade de vida dos doentes.

Uma causa rara de insuficiência cardíaca

Isabel Castro Guerra; Carlos Carrilho Anjo; Maria Homem Ferreira

HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

A amiloidose envolve a deposição de substância amilóide extracelular. É uma patologia rara e que pode envolver uma grande variedade de órgãos, nomeadamente o coração. Neste caso é mais comumente por deposição de fibrilhas amiloides de transtirretina (A-TTR), e apresenta-se com cardiomiopatia restritiva, podendo originar sintomas compatíveis com insuficiência cardíaca.

Caso clínico

Um homem de 77 anos, com antecedentes conhecidos de fibrilação auricular e neoplasia da próstata, recorre ao Serviço de Urgência (SU) por dispneia, aumento do volume abdominal e dos membros inferiores. O quadro tinha 4 dias de evolução e era de agravamento rápido. Na observação inicial encontrava-se em anasarca, com edema exuberante dos membros inferiores e ascite volumosa. Na avaliação analítica, sem leucocitose, sem aumento de proteína C-reativa (PCR), urina II inocente, com aumento da proteína C reativa e da porção N-terminal do péptido natriurético tipo B. Teve necessidade de duas paracenteses evacuadoras, cujo exame citoquímico revelou tratar-se de um transudado, com gradiente de albumina superior a 1,1 g/dL. Realizou ecocardiograma transtorácico, com fração de ejeção do ventrículo esquerdo estimada em 55%, e ventrículos não dilatados com hipertrofia concêntrica, de aspeto mosqueado. Perante a suspeita de amiloidose cardíaca, realizou cintigrafia corporal com tecnécio-99m, que mostrou captação grau 3, a nível do miocárdio, altamente sugestiva de amiloidose cardíaca, sem afeção de outros órgãos. Foi pedida avaliação laboratorial, e feita biópsia da gordura abdominal, que excluíram amiloidose do tipo AL. Assim sendo, após discussão integrada com a equipa de cardiologia, assumiu-se o diagnóstico de amiloidose por deposição de transterrina.

Discussão & Conclusão

A amiloidose é uma causa rara de insuficiência cardíaca, no entanto, é de extrema relevância o conhecimento da mesma. Destaca-se o fato de este tipo de patologia não responder bem à terapêutica típica da insuficiência cardíaca, apresentando frequentemente efeitos adversos significativos. Soma-se a isto a importância de um diagnóstico precoce, de forma a poder iniciar tratamento dirigido atempado, com impacto significativo no prognóstico dos doentes.

Da prostatite aguda à lombalgia refratária: um estranho caso de espondilodiscite a *E. coli*

Filipa Ribeiro Trigo; Alexandre Vasconcelos; Ana Luísa Nunes

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A espondilodiscite é uma causa rara de lombalgia e ocorre frequentemente por disseminação hematogénica, sendo a *E. coli* o segundo agente mais frequentemente isolado. Sabe-se que a bacteriémia pode ocorrer na presença de prostatite aguda, no entanto é mais frequente após instrumentação prostática.

Caso clínico

Homem de 62 anos, apresenta-se com lombalgia em repouso com agravamento noturno e alívio parcial a analgesia, com 2 semanas de evolução. Associadamente, polaquiúria, urgência urinária e incontinência urinária com 6 meses de evolução, em agravamento. Analiticamente, antígeno específico da próstata 6.93 ng/mL, proteína-C-reativa 78.80 mg/L e exame sumário de urina com leucoeritrocitúria. Urocultura com isolamento de *E. coli* multissensível e hemoculturas negativas, tendo sido assumida prostatite aguda. Por lombalgia com sinais de alarme, fez TC da coluna lombar com alterações do corpo vertebral de L2 e dos tecidos adjacentes sugestivas de processo inflamatório e RMN da coluna lombar a sugerir espondilite de L2, pelo que realizou biópsia óssea com isolamento de *E. coli* no exame cultural. Iniciou antibioterapia com ceftriaxone 2 g id. Por evolução desfavorável com dor refratária a analgesia, compromisso radicular e elevação dos parâmetros inflamatórios, realizou RMN da coluna lombar que evidenciou agravamento imagiológico sugestivo de espondilodiscite com erosão das plataformas vertebrais de L1 e L2. Submetido a intervenção cirúrgica que revelou quantidade abundante de pús. Posteriormente, cumpriu 6 semanas de ceftriaxone 2 g id com resolução da dor, recuperação dos défices e melhoria analítica.

Discussão

Apresenta-se um caso de espondilodiscite a *E. coli* com ponto de partida em prostatite aguda sem história de instrumentação prostática, traduzindo uma raridade clínica, pelo que se pretende realçar que a ausência de isolamento de agente em hemoculturas deve motivar a realização de biópsia óssea para confirmação do diagnóstico desta entidade.

Ramsey Hunt: Uma questão de nervos

Jorge Luis Simoes Amorim Moreno Governa; Beatriz Marquês; Pedro Dinis Avelar; Inês Silva; Sérgio Vilela Borges; Ana Costa; Rosa Amorim

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO OESTE, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A principal complicação otológica da reativação do Vírus Varicela-Zoster (VVZ) é a Síndrome de Ramsay-Hunt. Caracteriza-se pela tríade de paralisia facial periférica, otalgia intensa e lesões vesiculares no canal auditivo externo, como consequência da reativação viral ao nível do gânglio geniculado e subsequente propagação da infeção ao VIII par craniano. Raramente, pode haver extensão a outros pares cranianos com manifestações clínicas atípicas.

Caso clínico

Homem de 41 anos, leucodérmico, autónomo. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de dormência da hemiface esquerda e cefaleia parietal ipsilateral com 5h de evolução. Antecedentes de primo-infeção pelo VVZ 10 dias antes, para a qual foi medicado com Valaciclovir. Três dias após o diagnóstico de Varicela, desenvolveu quadro de retenção urinária com necessidade de algaliação, com resolução ao fim de dois dias. Sem outros antecedentes relevantes ou medicação habitual. À admissão encontrava-se febril (temperatura timpânica 38.2°C), normotenso, com auscultação cardíaca e pulmonar normais. Exame neurológico com parésia facial periférica com hipostesia termo/álgica esquerda e epífora ipsilateral, sem outras alterações. Otoscopia com presença de lesões vesiculares no canal auditivo externo e trágus. Realizou Angio-TC sem evidência de alterações vasculares e/ou estruturais. Admitiu-se Síndrome de Ramsey Hunt (herpes zoster oticus). Teve alta medicado com Valaciclovir e Prednisolona, referenciado a Consulta de Fisioterapia. Reavaliado um mês depois em Consulta de Medicina com resolução completa do quadro.

Discussão

A parésia facial periférica observada na Síndrome de Ramsey Hunt é frequentemente mais severa que a paralisia de Bell por infeção por Herpes Simplex, com maior probabilidade de lesão neurológica permanente, pelo que o seu reconhecimento e tratamento precoces são cruciais para minimizar sequelas. O período de latência invulgarmente curto entre a primo-infeção por VVZ e a sua reativação, assim como as manifestações incomuns de herpes zoster observadas neste caso, nomeadamente afeção de pares cranianos e provável disfunção urológica, fazem deste caso um exemplo singular da plurivalência do VVZ.

Diagnóstico diferencial de hepatite – a propósito de um caso clínico

Adriana Costa¹; Helena Reis¹; Carolina Guimarães¹; Gisela Gonçalves²; Daniela Augusto³; Rui Parente⁴; Pedro Soares Ribeirinho¹; Joana Pereira¹; Ana Faceira¹; Luís Flores¹; Francisco Cunha¹; Vítor Brás¹; Fernando Friões¹; Jorge Almeida¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO

³ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

⁴ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE CASTELO BRANCO

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

A hepatite autoimune trata-se de uma doença inflamatória crónica do fígado, que pode iniciar-se como uma hepatite aguda e progredir para doença hepática crónica e cirrose. Associa-se a outras doenças autoimunes, ou pode ser secundária a infeções víricas, toxinas e fármacos.

Sexo feminino, 74 anos, recorre ao serviço de urgência por dor abdominal e vómitos. Da história prévia destaca-se infeção por VIH 1 com 18 anos de evolução, com carga vírica indetetável, com contagem CD4+ superior a 500 células, sem infeções oportunistas, sob TARV (dolutegravir/lamivudina); dislipidemia medicada com rosuvastatina. Negava consumo etílico habitual. Ao exame objetivo icterícia. Analiticamente com elevação de enzimas hepáticas (AST 1766 U/L, ALT 883 U/L, FA 266 U/L, GGT 90 U/L) com hiperbilirrubinemia (bilirrubina total 16.9 mg/dL, com bilirrubina direta 10.3 mg/dL), com coagulopatia (aPTT 41 segundos, fibrinogénio 175 mg/dL, INR 1.4). Sem alterações estruturais na ecografia abdominal e na tomografia computadorizada abdomino-pélvica. Pesquisa de vírus hepatotrópicos negativa. Internada e medicada com n-acetilcisteína por suspeita de hepatite tóxica. Manteve elevação progressiva de bilirrubina. Álcool e acetaminofeno indoseáveis e pesquisa de drogas na urina negativa. sem isolamentos microbiológicos. Realizou colangio ressonância que não mostrou alterações estruturais. Do estudo imunológico a destacar ANAs 1/640 (AC-homogénio), imunoglobulinas aumentadas e anticorpo anti-Smith positivo. Decorrente da suspeita de hepatite autoimune, realizou biópsia hepática, que confirmou este diagnóstico, e iniciou prednisolona 1 mg/kg/dia, com melhoria clínica e analítica.

Inicialmente suspensa toda a medicação habitual, mas rapidamente foi reiniciada TARV pela toxicidade pouco provável. Não se reiniciou estatina, por estar descrita toxicidade, hepática, nomeadamente associada a fenómenos imunológicos, com ANA elevados. Doente teve boa evolução com corticóide instituído.

Quando o Coração Cresce

Inês Sofia Gonçalves; Ana Rita Ventura; Pedro Dias Lopes; Maja Petrova

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças cardiovasculares

A pericardite aguda corresponde a 0.2% das admissões hospitalares de causa cardiovascular e 5% dos doentes com dor torácica não isquémica, afetando com maior frequência homens com idade inferior a 65 anos. O diagnóstico é clínico, baseado em dois dos seguintes critérios: dor torácica pleurítica que irradia para o músculo trapézio, atrito pericárdico, alterações características no eletrocardiograma (ECG), como elevação difusa do segmento ST ou depressão do segmento PR, e presença de derrame pericárdico. O diagnóstico é complementado analiticamente pela leucocitose com neutrofilia, aumento da velocidade de sedimentação e da proteína C reativa (PCR), e por evidência de inflamação nos métodos de imagem. A etiologia mais comum é a infecciosa, sendo os vírus responsáveis por 80-85% dos casos de pericardite.

Mulher, 55 anos, com antecedentes insuficiência cardíaca de etiologia isquémica, com depressão grave da função, submetida a implantação de CRT-D (cardiac resynchronization therapy-defibrillator) há um mês, recorreu ao Serviço de Urgência com quadro de tosse seca e mialgias com uma semana de evolução. Referiu ainda omalgia esquerda, com agravamento à palpação. Ao exame objetivo apresentava hipotensão, taquicardia e febre, sem sinais inflamatórios na cicatriz cirúrgica. Analiticamente com leucocitose e neutrofilia e aumento da PCR. ECG sem alterações de relevo. A radiografia torácica revelou cardiomegalia agravada em comparação com exames prévios. A ecografia à cabeceira identificou derrame pericárdico circunferencial de maior espessura 26mm, com fibrina. A doente iniciou tratamento com Ibuprofeno 600mg 8/8h e Colquicina 0.5mg 12/12h, com boa evolução clínica.

O caso apresentado sublinha a importância de comparar radiografias torácicas atuais com as prévias, especialmente no que se refere a alterações do índice cardiotorácico. É crucial não desvalorizar quadros clínicos com sintomas compatíveis com infeções virais, particularmente em doentes submetidos a cirurgia cardíaca recente.

Globo Vesical: Uma Causa Esquecida de Dor Referida

David Furtado; Daniel Veiga; Beatriz Luís Lopes; Carolina Cardoso; Pedro Dias Dos Santos; Anna Knoch

HOSPITAL DISTRITAL DE ABRANTES

Tema: Doenças renais

A bexiga é innervada por uma rede de fibras nervosas simpáticas, parasimpáticas e somáticas. Os nervos hipogástricos (D10-L2) são os principais responsáveis pela dor pouco localizada que surge aquando da distensão aguda marcada do órgão.

Por isto, a distensão vesical aguda pode apresentar-se com dor referida às regiões lombar, inguinal, ou perineal. A distensão pode também causar compressão nervosa, levando a dor por outro mecanismo.

Apresentamos o caso de um homem de 80 anos, autónomo, com antecedente conhecido de adenocarcinoma rectossigmoideu operado 7 anos antes, admitido pela segunda vez em 24 horas por febre, calafrios e dor (lombar e flanco direitos, região inguinal esquerda, e coxa proximal bilateralmente).

Tivera alta no primeiro recurso sob Cefixima. Após avaliação pela Cirurgia Geral (com alta pela especialidade), ficou ao cuidado da Medicina Interna. Foram descritos abdómen inocente a palpação, ausência de murphy renal, e discreto edema dos membros inferiores.

Analiticamente, salientada trombocitopenia discreta, elevação franca de Proteína C-Reactiva, e sumária de urina II inocente. Foi internado por febre sem foco, e iniciou antibioterapia. O estudo complementar (Raio-X Tórax, TC abdominopélvica, TC da coluna lombar, Ressonância Magnética da coluna, e Ecocardiograma) revelou bacteriémia a *E. coli* sem claro ponto de partida. Posterior revisão das imagens aparentava globo vesical, não referido no relatório.

Chegado à enfermaria, o doente foi algaliado com saída imediata de 2 litros de urina, e alívio sintomático. O caso foi discutido e observado pela Urologia, com indicação para manter algaliação até consulta.

Após 14 dias de antibioterapia dirigida (Piperacilina/Tazobactam), teve alta com melhoria clínica e analítica.

Apesar do bom desfecho, este caso evidencia a relação anatomo-clínica, que poderia ter permitido a resolução dos sintomas do doente mais cedo, se a origem da dor tivesse sido suspeitada ab initio.

Metástases Cerebrais de Primário Desconhecido: Um Desafio Diagnóstico

José Paz Melo; Mariana Santos Pinheiro; Francisco M. M. Pinheiro; Rosário Calado; Castro Gomes; Isabel Apolinário

HOSPITAL DE BRAGA

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

As metástases cerebrais de primário desconhecido representam um desafio diagnóstico e terapêutico, exigindo uma abordagem multidisciplinar para identificação do tumor primário e estabelecimento da melhor estratégia terapêutica. Apresentamos o caso de uma doente de 55 anos, previamente saudável, que se apresentou com cefaleias com 2 semanas de evolução e tumefação cervical.

Caso Clínico

Mulher de 55 anos, autónoma, sem antecedentes médicos relevantes. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por cefaleias com duas semanas de evolução, associadas a tumefação cervical. A tomografia computadorizada (TC) cranioencefálica revelou duas lesões ocupantes de espaço, compatíveis com metástases cerebrais. A tomografia toraco-abdomino-pélvica (TAC-TAP) evidenciou conglomerado adenopático axilar esquerdo e espessamento focal parietal na região do antro gástrico.

A doente foi internada para investigação etiológica e estadiamento. Realizou estudo metabólico por PET que confirmou hipermetabolismo em múltiplas cadeias ganglionares cervicais esquerdas, axilares esquerdas e paravertebrais, bem como lesões cerebrais hipermetabólicas. A mamografia identificou uma lesão BI-RADS 5 na mama esquerda e BI-RADS 4 na direita, com espessamento cutâneo e adenopatias axilares. A ressonância magnética mamária corroborou a suspeita de neoplasia mamária primária com possível invasão cutânea. Foi realizada biópsia de massa axilar esquerda, assim como da tumefação cervical que aguardam resultado histológico. Por má preparação, não foi capaz de realizar EDA e EDB no internamento, tendo sido agendadas para ambulatório. Manteve estabilidade clínica, sem novas queixas neurológicas, tendo alta para Consulta Externa para caracterização histopatológica e estadiamento.

Conclusão

O caso ilustra a complexidade do diagnóstico de metástases cerebrais de primário desconhecido, destacando a importância de uma abordagem sistemática com exames de imagem avançados e histologia para determinação da neoplasia primária. O envolvimento multidisciplinar precoce é essencial para otimizar a orientação terapêutica e prognóstico da doente.

Entre a Medula, o Cérebro e o Álcool – Além da Navalha de Ockham

Jorge Luis Simoes Amorim Moreno Governa; Beatriz Marquês; Pedro Dinis Avelar; Sérgio Vilela Borges; Ana Costa; Rosa Amorim

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO OESTE, EPE

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

A Navalha de Ockham sugere que a explicação mais simples é geralmente a correta, mas na prática clínica, múltiplas patologias podem coexistir, desafiando este princípio. Apresentamos um caso de mielopatia espondilótica cervical, AVC isquémico e encefalopatia de Wernicke, cujas manifestações sobrepostas dificultaram o diagnóstico e a abordagem.

Caso clínico

Homem de 59 anos, leucodérmico, autónomo. Antecedentes de etanolismo, tabagismo e diabetes mellitus tipo 2. Admitido no Serviço de Urgência com discurso incoerente e queda, precipitada por tonturas com 2 semanas de evolução. À admissão, desorientado no tempo e espaço, disártrico, parésia facial central esquerda, com atrofia muscular dos membros superiores (nomeadamente interósseos) e espasticidade dos membros inferiores. Asterixis e flapping. Reflexos osteotendinosos vivos nos membros inferiores e reflexo cutâneo-plantar em extensão bilateral. Marcha atáxica. Apirético, normotenso, com auscultação cardiopulmonar normal. Gasimetria arterial e glicémia capilar normais. A investigação laboratorial revelou hemograma e bioquímica dentro dos valores de referência. Análise toxicológica da urina inocente. Angio-TC CE sem lesões vasculares / estruturais agudas. TC Cervical com discartrose multinível e hérnias osteodiscais. Internado com suspeita de mielopatia espondilótica cervical (MEC) e encefalopatia de Wernicke. Iniciou Tiamina, Tiaprida e Oxazepam com melhoria da encefalopatia. Iniciou fisioterapia. RMN CE revelou lesão isquémica aguda da coroa radiária esquerda, e RMN do neuro-eixo confirmou MEC. Teve alta referenciado a Consulta de Neurocirurgia.

Discussão

A sobreposição de três quadros neurológicos distintos constituiu um desafio na identificação de um denominador etiológico comum. A manifestação clínica altamente sugestiva de MEC, não coadunada com os défices focais e encefalopatia concomitantes, levou à procura de etiologias distintas, mais tarde confirmadas. Perante quadros clínicos complexos, a abordagem inicial pode ser enviesada pelo princípio da Navalha de Ockham, levando à subvalorização de diagnósticos concomitantes. A sobreposição de sinais e sintomas reforça a importância de um raciocínio clínico abrangente, considerando sempre a possibilidade da coexistência de etiologias distintas.

Da dispneia ao encontro da Endocardite Infecciosa - POCUS como ponte de ligação

Catarina Pinto da Silva; Maria Rebelo; Sofia Marques Silva; Sheila Arroja; José António Mariz

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BARCELOS/ESPOSENDE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A dispneia é um sintoma comum na prática clínica e pode ter uma ampla gama de etiologias, desde causas pulmonares e cardiovasculares até distúrbios metabólicos e infecciosos. A ultrassonografia point-of-care (POCUS) emergiu como uma ferramenta diagnóstica essencial para a avaliação rápida e direcionada da dispneia, permitindo a detecção precoce de condições potencialmente fatais, como a endocardite infecciosa.

Doente do sexo feminino, 83 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e pré-obesidade, recorreu ao Serviço Urgência por dispneia em repouso e dispneia paroxística noturna com uma semana de evolução. Negava febre, ortopneia, palpitações ou edema periférico. Ao exame físico, encontrava-se hemodinamicamente estável, com auscultação cardíaca a revelar sopro diastólico intenso no foco aórtico e sinais de insuficiência cardíaca congestiva. Foi realizado POCUS, que evidenciou: regurgitação aórtica severa, com fluxo retrógrado significativo no ventrículo esquerdo; Massa móvel de 10 mm na cúspide da válvula aórtica, sugestiva de vegetação; Função sistólica preservada; Pequeno derrame pericárdico.

Diante dos achados sugestivos de endocardite infecciosa, foram colhidas hemoculturas e iniciado esquema empírico de antibioterapia com ceftriaxone e ampicilina. A ecocardiografia transesofágica confirmou a presença de vegetações na válvula aórtica, a maior com 21 x 5 mm, associada a insuficiência aórtica grave e sinais de destruição valvular. Perante este achado caso discutido com cirurgia cardíaca que considerou necessidade de abordagem cirúrgica tendo em conta a destruição valvular aórtica significativa.

O POCUS mostrou ser uma ferramenta crucial na avaliação inicial da dispneia desta paciente, permitindo o reconhecimento precoce de uma insuficiência aórtica grave associada a vegetações valvulares. O diagnóstico rápido de endocardite infecciosa é fundamental para prevenir complicações, como embolização séptica e insuficiência cardíaca refratária.

Este caso destaca a relevância do POCUS na abordagem inicial da dispneia, permitindo um diagnóstico rápido de endocardite infecciosa. A implementação do POCUS como ferramenta diagnóstica na medicina interna e na urgência pode acelerar a identificação de condições críticas, impactando positivamente no prognóstico dos pacientes.

Tamponamento cardíaco como apresentação de Linfoma de Grandes Células B

Miguel Ângelo Sousa; Adriana Pereira Guedes; Ana Sofia Reis; Catarina Antunes Salvado; Rui Salvador; Regina Abreu; Beatriz Frutuoso; Margarida Correia; João Pedro Gomes

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

O Linfoma de Grandes Células B (LGCB) (~30% dos Linfomas não-Hodgkin) apresenta-se tipicamente como linfadenopatia com ou sem doença extranodal, na maioria dos casos em fase avançada. A apresentação como derrame pericárdico e tamponamento cardíaco é rara. O diagnóstico é geralmente obtido com estudos complementares em biópsia excisional de gânglio.

Caso Clínico

Homem, 67 anos, antecedentes de Síndrome Metabólica e Tabagismo prévio. Recorre ao SU por tosse irritativa, toracalgia e dispneia com 3 dias. Descreve ainda hipersudorese noturna e fadiga com 2 meses de evolução. À admissão, apresenta-se hemodinamicamente estável, com sons cardíacos hipofonéticos, turgescência venosa jugular patológica e diminuição dos sons respiratórios no 1/3 inferior do tórax. Tem episódio de síncope, que motiva a realização de ecocardiograma sumário, identificando-se espessamento do pericárdio e derrame pericárdico de grande volume com compromisso das câmaras direitas. Realiza pericardiocentese emergente, com saída de 1200mL de líquido hemático. Realiza, ainda, AngioTC que exclui Tromboembolismo pulmonar, e acrescenta derrame pleural bilateral de pequeno volume, sem adenopatias ou massas. É internado na unidade de cuidados intermédios de Medicina Interna. Do estudo do líquido pericárdico, evidencia-se 833600 eritrócitos/uL, 22574 leucócitos/uL com 88.4% de monócitos, LDH 8357 U/L, Glicose e Proteínas normais; bacteriológico e micobacteriológico direto negativos. O TC de corpo demonstra o aumento do número de gânglios de cadeiras supra- e infradiafragmáticas, <1cm, de significado patológico incerto, e ligeira esplenomegalia. Realiza PET-FDG com captação no derrame pleural e pericárdico, sem focos de captação a sugerirem doença linfoproliferativa. Endoscopia digestiva alta, Colonoscopia, estudo serológico vírico e autoimune sem alterações. A anatomia patológica do líquido é compatível com LGCB. Mantém-se estável e é transferido para a enfermaria.

Discussão

A Hibridização *in situ* por Fluorescência (FISH) é usada para subclassificação dos LGCB, com implicações terapêuticas e prognósticas. A maioria dos LGCB são do tipo Difuso e responsivos a imunoquimioterapia +/- radioterapia. Apesar de rara, a hipótese diagnóstica de linfoma deve ser considerada na presença de serosites sem adenopatias.

Febre de origem indeterminada – um desafio diagnóstico

Edgar Amaro; Maria Homem Ferreira; Soraia Mendes; Marta Baião; Nuno Melo; Vander Sabino; Diogo Cruz

HPP HOSPITAL DE CASCAIS

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

O conceito de febre de origem indeterminada sofreu alterações ao longo do tempo, definindo-se atualmente como febre cuja causa não é conhecida após um estudo adaptado ao doente e cuja duração permite excluir causas autolimitadas.

Caso clínico

Um homem de 62 anos recorreu ao serviço de urgência (SU) por mialgias e mal-estar inespecífico com 11 dias de evolução. Posteriormente apresentou dor testicular e após colheita de urocultura (sem isolamento de agente) iniciou antibioterapia com Ciprofloxacina. Ao quinto dia de antibioterapia, regressou ao SU por febre, calafrios e diaforese sem outra sintomatologia, com subida de parâmetros inflamatórios (PI) (leucócitos 14.540/uL e PCR 15.82mg/dL). Realizou ecografia renal, prostática e escrotal sem alterações. Após estudo microbiológico (resultado negativo), alterou-se antibioterapia para Ceftriaxone. Realizou ecocardiograma transtorácico e TC tóraco-abdómino-pélvica que não revelaram alterações. Ao quarto dia de Ceftriaxone, mantinha febre a cada 7 horas acompanhada de mialgias e PI em agravamento, tendo-se alterado antibioterapia para Piperacilina-Tazobactam e Doxiciclina. Nesta fase, admitiu-se febre sem foco e complementou-se estudo com serologias para Borrelia, Brucela, Coxiella, Bartonella e estudo inicial de auto-imunidade (resultado negativo) e acrescentou-se Gentamicina à antibioterapia. Além disso, solicitou-se PET com FDG que apresentou achados compatíveis com vasculite nas artérias ilíacas primitivas e nos vasos médios dos membros inferiores. Por fim, suspendeu-se antibioterapia e iniciou-se prednisolona 60mg/dia com consequente resolução de febre e normalização de PI.

Discussão

A definição de febre de origem indeterminada sofreu mutações com o passar do tempo e o critério “tempo” veio a perder relevância. Perante uma febre sem causa após estudo adaptado ao doente, deve-se prosseguir o estudo etiológico de febre de origem indeterminada.

Derrame Pleural como Apresentação Inicial de Mieloma Múltiplo: Um Desafio Diagnóstico

Marta Caetano Gonçalves; Mariana Matos; Daniela Ormonde; Manuela Dias; Paulo Almeida; Jorge Almeida

CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO, EPE

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

O Mieloma Múltiplo (MM) manifesta-se frequentemente com anemia, lesões ósseas e insuficiência renal, sendo o derrame pleural (DP) uma manifestação inicial rara (<1%).

Caso Clínico

Homem, 89 anos, autónomo com fragilidade e insuficiência cardíaca (IC). Admitido por febre, dispneia, ortopneia e tosse há 3 dias. Objetivamente polipneico, com murmúrio vesicular diminuído na metade inferior do hemitórax direito e edemas periféricos. Analiticamente com insuficiência respiratória (IR), anemia normocítica normocrômica, lesão renal aguda e elevação dos parâmetros inflamatórios. Radiografia do tórax com derrame pleural (DP) direito, sem hipotransparências. Foi internado por IC descompensada por traqueobronquite e IR. Melhoria clínica ligeira após diurético de ansa e antibioterapia empírica, mantendo dispneia e DP de grande volume. Foi realizada toracocentese diagnóstica e terapêutica com critérios bioquímicos de exsudado. Tomografia computadorizada (TC) toracoabdominopélvica sem alterações. Eletroforese de proteínas com imunofixação compatível com MM IgG kappa. No internamento com deterioração funcional e *delirium*, tendo realizado TC-cerebral que mostrou lesão óssea lítica. Radiografia do esqueleto sem outras lesões. Por agravamento da função renal (FR) com necessidade de técnica de substituição renal, iniciou bortezomib e dexametasona, apesar de não ter realizado biópsia medular, com melhoria clínica e recuperação da FR. Recuperação funcional significativa após reabilitação funcional e intervenção nutricional.

Discussão e Conclusão

Apesar da etiologia de IC inicialmente assumida, a ausência de melhoria motivou a toracocentese permitindo o diagnóstico e o tratamento, ainda que sem biópsia medular. Mesmo não sendo a forma de apresentação mais de comum de MM, o doente acabou por desenvolver os achados típicos. Realça-se a abordagem da fragilidade no idoso com cancro, a fim de permitir o tratamento oncológico com manutenção da funcionalidade e qualidade de vida.

De uma hepatite A, surge um diagnóstico inesperado!

Gloria Maria Maia Gonçalves¹; Ana Rubim Correia²; Diana Valadares²

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO AVE

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÓNIO

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

A hepatite A é uma infeção viral, tipicamente, autolimitada e sem complicações. Numa minoria dos casos (5-10%), pode apresentar um curso bifásico com reagravamento clínico e/ou analítico, mas melhoria espontânea sem necessidade de tratamento adicional. A persistência de alterações hepáticas devem levantar a suspeita de diagnósticos alternativos/concomitantes.

Apresentamos o caso de um homem de 36 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e obesidade, que recorreu ao serviço de urgência por quadro de febre, dor abdominal, mialgias e vômitos com 1 semana de evolução associado a colúria e diarreia e, desde há 2 dias, anorexia, icterícia e prurido. Sem contexto epidemiológico identificado. À admissão destacava-se uma icterícia e dor abdominal difusa. Analiticamente apresentava hiperbilirrubinemia 12mg/dL à custa da direta, alterações das enzimas de citolestase (AST 185/ALT 648/GGT 636/FA 306 UI/L) com padrão hepatocelular (fator R > 5), INR > 1,5 e lesão renal aguda. Ecograficamente com hepatoesplenomegalia. Serologias virais com critérios de hepatite A aguda. O doente foi internado sob protocolo de N-acetilcisteína e fluidoterapia, apresentando uma evolução inicial favorável, com rápida melhoria da função renal e normalização quase total das alterações de citólise. No entanto, mantinha a elevação das enzimas de colestase e da bilirrubina, o que motivou investigação adicional com exclusão de outras causas infecciosas e estudo imunológico. Entretanto, verificou-se um reagravamento progressivo da citólise, não compatível com a evolução bifásica de hepatite A. Do estudo etiológico adicional com anticorpos anti-músculo liso e anti-LKM1 positivos em título baixo e imunoglobulinas normais. Iniciou ácido ursodesoxicólico sem melhoria. Perante alterações imunológicas difíceis de interpretar em fase aguda, realizou biópsia hepática com achados sugestivos de hepatite autoimune, pelo que iniciou corticoide com rápida melhoria e resolução quase completa das alterações em 1 semana.

O caso descrito ilustra um curso atípico de uma infeção por hepatite A, em que diagnósticos diferenciais devem ser equacionados e excluídos. Apesar do carácter benigno desta infeção, estes doentes devem ser vigiados pela possibilidade de poderem atuar como um precipitante para o aparecimento de outras doenças.

Empiema: Nem Sempre o Dreno Dá Conta do Recado

Margarida Arantes Silva; Isabel Novo; Adriana Basílio; Alexandra Azevedo; Filipa Guedes; Renato Maia Nogueira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO AVE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Na Pneumonia, por dano endotelial dos vasos do parênquima e da pleura, pode ocorrer uma produção do líquido pleural que excede a capacidade de drenagem linfática da pleura parietal: derrame pleural parapneumónico. Por translocação bacteriana, origina derrame pleural complicado ou empiema.

Mulher de 76 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial, síndrome de Lynch, adenocarcinoma do cardia (7 anos pós-tratamento curativo), submetida a histerectomia com ooforectomia profilática. Recorre ao serviço de urgência por quadro com uma semana de dispneia, febre e tosse produtiva, associado a astenia e anorexia marcadas. Ao exame objetivo: hipotensa e com murmúrio respiratório diminuído na metade inferior do hemitórax esquerdo. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios. Realizada tomografia computadorizada com densificação parenquimatosa no lobo superior esquerdo, atelectasia da língua e lobo inferior por derrame pleural septado. Submetida a toracocentese ecoguiada com saída de líquido turvo com pH fresco <7.0 e bioquímica diagnóstica de empiema. Iniciou drenagem pleural e antibioterapia com amoxicilina/ácido clavulânico e metronidazol. Apesar do tratamento, manteve febre persistente e agravamento imagiológico, com volumoso derrame pleural e bolhas de ar no espaço pleural. Hemoculturas seriadas, antigenúrias e bacteriológico do líquido pleural negativos. Face à falha da drenagem convencional, iniciou fibrinólise intrapleural com boa resposta e sem complicações hemorrágicas, conseguindo evacuação eficaz do exsudado. Durante o internamento, apresentou saída accidental do dreno, com nova colocação, que se revelou laboriosa e complicou com pneumotórax. Foi necessária aspiração torácica e ajuste da abordagem terapêutica. Após resolução do pneumotórax e estabilidade clínica, teve alta com vigilância clínica e radiológica.

O caso destaca a relevância do reconhecimento precoce do empiema parapneumónico e a necessidade de drenagem efetiva para resolução do quadro infeccioso. A fibrinólise intrapleural mostrou-se uma opção eficaz, evitando procedimentos invasivos adicionais. A pneumonia complicada continua a representar um desafio clínico, exigindo abordagem multidisciplinar e tratamento dirigido para otimizar o prognóstico dos pacientes.

Neuropatia craniana múltipla como manifestação de evento isquémico

Emanuel Fernandes¹; Stefanie Moreira²; Anabela Câmara³; Margarida Arantes Silva⁴; Elisabete Mendes¹; Diana Lopes²; Ana Rita Silva²; Eduardo Ferreira Freitas²; Leandro Marques²

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO ALENTEJO

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

³ HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL

⁴ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO AVE

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

A neuropatia craniana múltipla sugere um amplo espectro de etiologias, incluindo causas vasculares, autoimunes, inflamatórias, infecciosas e paraneoplásicas. O diagnóstico depende do contexto clínico e dos achados dos exames complementares.

Caso Clínico

Homem de 55 anos, com hábitos tabágicos (>30 UMA) e consumos de substâncias ilícitas inaladas. Admitido por instalação súbita de diplopia binocular vertical, com 18 horas de evolução, e assimetria da expressão facial. Com quadro gripal duas semanas antes e descrição de evento semelhante transitório há um ano. Ao exame neurológico, infradução discreta e supradução limitada do olho esquerdo, ptose ipsilateral (III par esquerdo) e assimetria do andar superior da face em desfavor da esquerda (VII par esquerdo). Reflexos osteotendinosos sem alterações. Marcha autónoma, funâmbulo melhorava com oclusão ocular. A TC-CE e Angio TC sem sinais de enfarte estabelecido, alterações estruturais ou formação aneurismática. Ficou internado para investigação etiológica.

Prosseguiu o estudo etiológico não se verificando alterações no estudo analítico alargado e tendo a RM-CE revelado pequena área isquémica em fase aguda na vertente anteromedial da região tálamodiencefálica/tálamo-peduncular (com atingimento do núcelo rubro), em território da artéria cerebral posterior direita; adjacente e posteriormente a esta última, identifica-se lesão isquémica não recente. Iniciou anti-agregação com ácido acetilsalicílico e teve alta, orientado para consulta.

Conclusão

Em doentes sem fatores de risco cardiovasculares major é imperativo considerar outros diagnósticos diferenciais. O início súbito dos sintomas e o evento deficitário prévio reforçaram a suspeita de etiologia vascular. A etiologia do evento isquémico deve ser investigada dado que apesar de o tabagismo acelerar o processo de aterosclerose a localização da lesão é sugestiva de um mecanismo cardioembólico.

Febre no puerpério: para além do óbvio

Nereida Fernandes Monteiro; Elsa Araújo; Inês Araújo Ferreira; Rafael Lopes Freitas; André Calheiros; Carlos Rego Gonçalves; Paula Brandão

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A febre de etiologia endócrina é uma manifestação rara, muitas vezes subestimada na prática clínica, sendo o reconhecimento da sintomatologia acompanhante essencial na marcha diagnóstica.

Caso clínico

Mulher de 34 anos, previamente saudável, com rastreios oncológicos negativos e história de parto distócico por cesariana há 5 meses. Encaminhada a consulta de Medicina Interna por picos febris intermitentes (T_{máx} 39,5°C), com cedência apenas à toma de AINEs, com 3 meses de evolução, sem clínica focalizadora de infeção nem alterações de relevo em exame toracoabdominopélvico realizado. Na consulta, descreve hipersensibilidade ao calor, hipersudorese, astenia, irritabilidade e queda de cabelo, de início 2 meses após o parto e com noção de melhoria progressiva nas últimas semanas, persistindo apenas queixas de cansaço generalizado. Ao exame físico, encontrava-se apirética, com tiróide móvel e indolor à palpação, sem adenomegalias palpáveis. Analiticamente com hipotireoidismo subclínico e presença de anticorpos anti-tireoglobulina e anti-TPO, na ausência de anticorpos anti-receptor da TSH. Apresentava parâmetros inflamatórios, hemoculturas, IGRA e serologias negativas. A ecografia tiroideia demonstrou um padrão sugestivo de tiroidite. Foi, assim, levantada a hipótese de tiroidite pós-parto, enquadrando retrospectivamente a febre e os sintomas iniciais na fase transitória de hipertireoidismo. Nas reavaliações subsequentes, manteve-se assintomática, com apirexia sustentada e manutenção de valores normais de T4 livre, com TSH em melhoria até à sua normalização, 4 meses após a primeira observação, confirmando assim o diagnóstico.

Discussão

A tiroidite pós parto é uma doença autoimune que ocorre no primeiro ano após o parto, podendo manifestar-se de forma trifásica, com hipertireoidismo transitório, seguido de hipotireoidismo e, tal como no caso relatado, recuperação espontânea da função tiroideia. Esta deve ser considerada como uma etiologia possível de febre no puerpério, sobretudo quando acompanhada de sintomas sugestivos de disfunção tiroideia. Dada a possibilidade de recorrência em gestações futuras e o risco de progressão para hipotireoidismo definitivo, deve ser prontamente reconhecida, e as doentes devem ser alertadas e seguidas com avaliação periódica da função tiroideia

Nem Café, Nem Repouso: A Dura Jornada da Cefaleia Pós-Punção

Margarida Arantes Silva¹; Stefanie Moreira²; Elisabete Dulce Mendes³; Joana Milhazes Pinto²; Emanuel Fernandes³; José Manuel Araújo²

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO AVE

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

³ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO ALENTEJO

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A cefaleia pós punção dural (CPPD) é uma complicação potencial da punção lombar que surge até cinco dias após a punção e se resolve, geralmente, de forma espontânea em duas semanas. No entanto, caso persistentes ou atípicos podem necessitar de *blood patch*, cuja eficácia pode ser maior quando realizado precocemente. Caracteriza-se por cefaleia ortostática, podendo ser acompanhada de rigidez de nuca e alterações auditivas.

Mulher de 32 anos, puérpera, previamente saudável, submetida a analgesia epidural com punção dural traumática reconhecida no momento do parto. Desenvolveu no dia seguinte cefaleia ortostática de localização occipital, com intensidade moderada a severa. Instituída terapêutica conservadora mediante protocolo hospitalar, incluindo analgesia fixa, cafeína e repouso absoluto por cinco dias, sem melhoria significativa.

Recusou a realização de blood patch epidural, sendo submetida a bloqueio esfenopalatino, que proporcionou alívio discreto e permitiu alta hospitalar. No entanto, manteve a sintomatologia durante um mês. Realizou em regime de ambulatório RM-CE que revelou coleções sero-hemáticas subdurais supra e infratentoriais, bihemisféricas, localizadas em topografia retroclival e laterocerebelosa bilateralmente; além de ectopia das amígdalas cerebelosas, repuxamento inferior do pavimento do terceiro ventrículo, diminuição da distância mamilopontina e proeminência dos seios venosos durais e das veias corticais.

Dada a refratariedade do quadro, foi internada novamente 5 semanas pós-parto. Solicitada RM coluna lombossagrada que não evidenciou trajeto fistuloso ou complicações locais, pelo que se optou pela realização de um blood patch epidural não dirigido, com resolução completa da cefaleia. Teve alta assintomática, com exame neurológico normal.

O reconhecimento precoce e a instituição de medidas terapêuticas atempadas são fundamentais para evitar complicações graves, tais como coleções subdurais, ectopia das amígdalas cerebelosas e outros sinais típicos de hipotensão de líquido em exames de imagem. O atraso na terapêutica pode comprometer a eficácia do *blood patch* epidural, aumentando o risco de necessidade de sua repetição.

Hidropneumotórax como apresentação de pneumonia necrotizante

Anita Campos; Inês Burmester

ULS PÓVOA DE VARZIM E VILA DO CONDE

Tema: Doenças respiratórias

A pneumonia necrotizante é uma condição grave de pneumonia e normalmente devido a infeção bacteriana não tratada. Apresentamos o caso de um homem, 77 anos, ex-trabalhador na construção civil, ex-fumador, com diagnóstico prévio de doença pulmonar obstrutiva crónica, que recorre ao serviço de urgência por dispneia e tosse com expectoração com três dias de evolução. Ao exame objetivo, encontrava-se ligeiramente taquicárdico e com murmúrio vesicular globalmente diminuído. Restante exame físico sem alterações. Durante o internamento iniciou hemoptises de pequeno volume. Analiticamente apresentava discreta leucocitose com neutrofilia e eosinofilia, e proteína C reativa de 8 mg/dL. A pesquisa de vírus respiratórios negativa. A radiografia de tórax apresentava hidropneumotórax e duas lesões com níveis hidroaéreos à esquerda. Para melhor esclarecimento realizou TC de tórax que revelou um pneumotórax de grande volume, uma área cavitada e derrame pleural esquerdo. Foi colocado dreno torácico com expansão total do pulmão e iniciou antibioterapia empírica com amoxicilina e ácido clavulânico. Colheu baciloscopias que foram negativas, assim como o bacteriológico de secreções brônquicas. Realizou ainda broncofibroscopia para despiste de tuberculose pulmonar com colheita de micobacteriológico e PCR de *Mycobacterium tuberculosis*, negativa. Do restante estudo, despistaram-se vasculites pulmonares e neoplasia. O doente teve alta com melhoria clínica e analítica e prolongamento da duração de antibioterapia. Neste caso clínico, a apresentação incomum de pneumonia necrotizante com hidropneumotórax, destaca a complexidade no diagnóstico desta condição. A pneumonia necrotizante é geralmente associada a infeções bacterianas agressivas que podem levar à destruição do tecido pulmonar, mas a associação com hidropneumotórax, embora rara, representa uma forma desafiadora de manifestação. Este caso enfatiza a importância de uma avaliação clínica atenta e que formas incomuns de pneumonia necrotizante devem ser consideradas.

AVC e endocardite: o caminho silencioso da embolia séptica

Tetiana Shara; Filipa Monteiro; Tomás Novais; Conceição Escarigo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

Tema: Doenças cardiovasculares

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a principal causa de morte e incapacidade permanente em Portugal e o seu estudo etiológico é determinante para tratar causas subjacentes.

Apresentamos o caso de um homem de 72 anos, autónomo, com história de fibrilhação auricular sob edoxabano, submetido a valvuloplastia mitral e prótese aórtica biológica após endocardite a *Streptococcus bovis* em 2018. Recorre ao serviço de urgência (SU) por início súbito de desequilíbrio da marcha, disartria e diminuição da força muscular no hemicorpo direito. Realizou no SU angio TC-CE sem lesões agudas ou oclusão de grande vaso, tendo sido admitido o diagnóstico de AVC isquémico no território vertebro basilar, com NIHSS 3. Repetiu TC-CE às 48H sem alterações pelo que reiniciou anticoagulação. Ao 3º dia testou positivo para SARS CoV-2, apresentando febre e tosse. Apesar de melhoria clínica inicial, manteve picos febris diários, e ao 8º dia apresentava aumento dos parâmetros inflamatórios e esboço de condensação na base pulmonar direita. Admitiu-se pneumonia nosocomial, realizou rastreio séptico com colheita de hemoculturas e iniciou antibioterapia empírica.

Do estudo etiológico do AVC realizou eco-doppler vasos pescoço e transcraniano e ecocardiograma transtorácico sem alterações, nomeadamente disfunção de prótese aórtica. Realizou ainda ecocardiograma transesofágico que mostrou endocardite de prótese valvular aórtica com abscesso perivalvular provavelmente fistulizado.

As hemoculturas revelaram-se positivas para *Streptococcus pneumoniae* diagnosticando-se doença pneumocócica invasiva manifesta por endocardite de prótese valvular com embolização cerebral. Alterou antibioterapia para benzilpenicilina e prosseguiu tratamento com cardiologia com vista a controlo de foco com cirurgia cardíaca.

Com este caso pretende-se enfatizar a importância da história clínica e investigação etiológica permitindo identificar uma doença infecciosa invasiva e com necessidade de tratamento médico e cirúrgico atempado.

COLESTASE INTRA-HEPÁTICA: UMA MANIFESTAÇÃO GRAVE DE HEPATOPATIA FALCIFORME

Carlota Santos Pinto; Jorge Félix; Leonor F. Gonçalves; João Francisco Abrantes; Miguel Bernardino; Joana Rosa Martins; Ryan Costa Silva

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, EPE / HOSPITAL DE SANTA MARIA

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

A drepanocitose tem um atingimento multiorgânico e embora as manifestações hepatobiliares sejam incomuns, a colestase intra-hepática é potencialmente fatal, em particular quando não é devidamente identificada e abordada. Apresenta-se o caso de um doente de 22 anos, melanodérmico, com drepanocitose e antecedentes de crises vasooclusivas (CVO) e necrose avascular da cabeça do fémur. Foi inicialmente internado por CVO refratária a analgesia, sendo que nas primeiras 24h de internamento iniciou um quadro de dor no hipocôndrio direito associado a aumento de parâmetros inflamatórios e evidência laboratorial de colestase (bilirrubina total de 8,72mg/dL, com elevação quer da indireta quer da direta, GGT 110U/L e FA 170U/L), mas sem aumento de transaminases, coagulopatia ou insuficiência renal. Excluíram-se os diagnósticos de colecistite e colangite, as serologias infecciosas encontravam-se negativas em particular para HIV e hepatites víricas e foi descartado potencial efeito adverso farmacológico. Assim, foi assumido tratar-se de colestase intra-hepática como complicação da drepanocitose. Por este motivo e tendo HbS 88% à admissão, foi realizada estratégia de exsanguinotransfusões e hidratação endovenosa vigorosa com progressiva melhoria clínica, da colestase e redução da HbS.

Pretende-se destacar que a colestase intra-hepática é uma emergência médica pela potencial rápida progressão para falência hepática aguda, com desenvolvimento encefalopatia, diátese hemorrágica e insuficiência renal, tendo por isso elevada morbimortalidade. É crucial identificá-la precocemente, iniciando medidas dirigidas, nomeadamente exsanguineotransusão, sendo que se ineficaz, o transplante hepático deve ser considerado. O diagnóstico atempado permite reduzir a probabilidade de instalação de insuficiência hepática, tal como observado neste caso, melhorando significativamente o prognóstico destes doentes.

Vertigem e um Achado Acidental: Massa Mediastínica

Carolina Magalhães Verde; Marta Brito Alves

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças oncológicas

Título: Vertigem e um Achado Acidental: Massa Mediastínica

Introdução

O timoma é o tumor primário mais comum do timo, representando cerca de 20% das massas mediastínicas. Frequentemente diagnosticado como achado acidental, pode aparecer ocasionalmente em forte associação com Miastenia gravis e outras síndromes paraneoplásicas.

Caso Clínico

Doente do género feminino, 53 anos. Antecedentes pessoais de excesso de peso e osteoartrose do joelho. Medicada habitualmente com contraceptivo oral combinado. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de vertigem, agravada com a rotação da cabeça para a esquerda e episódio de vômito alimentar, com início no próprio dia. Associadamente, queda com traumatismo supra-orbitário direito, sem perda de consciência. Ao exame objetivo, na manobra de Head hanging verificou-se nistagmo downbeat persistente e na Manobra de Dix-Hallpike nistagmo downbeat bilateral, sugestivo de Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB) do canal semicircular anterior, com melhoria sintomática após manobras de reposicionamento. Sem outras alterações ao exame objetivo. Realizou Tomografia Computorizada (TC) Cranioencefálica à admissão e às 24h sem lesões de natureza vascular ou expansiva, mas com achado acidental de lesão mediastínica, em cortes torácicos. Realizou TC Toraco-Abdominal que demonstrou uma massa no mediastino anterior de 7,5x5cm, sugestiva de lesão tímica. Sem clínica de dispneia, dor torácica ou emagrecimento, nem de diplopia, ptose, disfagia ou fadiga. O estudo analítico realizado no internamento não demonstrou alterações de relevo. O estudo anatomopatológico do material obtido por biópsia guiada por TC revelou características compatíveis com timoma.

Discussão

Este caso clínico ilustra uma forma de apresentação dos timomas, como um achado acidental em exames de imagem, numa doente assintomática. No entanto, estes tumores podem, também, manifestar-se com sintomas torácicos locais ou como parte de uma síndrome paraneoplásica.

AVC e Estenose Carotídea Bilateral: Um Alerta para o Controlo Metabólico

Margarida Arantes Silva; Aurora Costa; Stefanie Moreira; Ana Rita Silva; José Nuno Alves; José Manuel Amorim; Carla Ferreira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Os fatores de risco vascular (FRV), extramente prevalentes em Portugal, constituem os principais predisponentes para aterosclerose e as suas consequências. A abordagem em fase aguda por angioplastia com stenting carotídeo representam uma minoria das intervenções endovasculares, porque, quando realizadas de forma eletiva, apresentam menores riscos. A intervenção simultânea em ambas as artérias carótidas torna-se ainda menos frequente.

Homem de 63 anos, com antecedentes de excesso de peso, diabetes mellitus tipo 2 com mau controlo, hipertensão arterial e dislipidemia. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por parestesias do membro superior esquerdo. À chegada ao SU ativada Via Verde AVC, destacando-se a hipertensão arterial (175/99mmHg) e ao exame neurológico dismetria na prova dedo nariz em desfavor da esquerda. Realizada Tomografia Computorizada (TC) Cranioencefálica e AngioTC com estenoses severas das artérias carótidas internas (ACIs) e enfartes estabelecidos em território fronteira parietal-occipital direito. A TC de perfusão revelou hipoperfusão em território fronteira, bilateralmente. Iniciou dupla antiagregação plaquetária com dose de carga de ácido acetilsalicílico (AAS) e ticagrelor ainda no SU. Tendo em conta a hipoperfusão bilateral, decide-se na fase aguda abordagem endovascular com angioplastia e colocação de stents bilaterais nas ACIs. Realizado *doppler* vasos do pescoço com stent patentes, sem estenose residual. Do estudo complementar realizado, destaca-se o mau controlo metabólico com hemoglobina glicada 9,9%, colesterol total 224mg/dL, LDL 142mg/dL, triglicéridos 197mg/dL. À data da alta sem défices, com indicação para manter dupla anti-agregação com AAS e ticagrelor durante seis semanas, mantendo-se posteriormente sob AAS indefinidamente, além de estatina de alta dose e controlo rigoroso de FRV.

A abordagem simultânea de ambas as artérias carótidas apresenta um risco aumentado de complicações, sendo que, habitualmente, esses procedimentos são realizados de forma eletiva e de maneira individualizada, em um segundo tempo. O controlo tensional rigoroso é essencial para prevenir a síndrome de reperfusão. A anti-agregação e o controlo metabólico rigoroso são essenciais para a manutenção da permeabilidade dos stents e redução do risco de novos eventos cerebrovasculares.

Um caso extremo de rabdomiólise

Mafalda Leal¹; Matilde Almeida²; Maria João Oliveira¹; Pedro Eduardo Silva¹; Philip Fortuna¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

A rabdomiólise é uma síndrome caracterizada pela necrose muscular rápida com libertação dos componentes intracelulares do músculo na circulação sanguínea. Maioritariamente, associada ao trauma ou ao exercício físico vigoroso, caracteriza-se pela tríade de fraqueza muscular, mialgias e hemoglobinúria. No entanto, mais de 50% dos doentes não apresenta esta tríade, pelo que o diagnóstico é difícil e a incidência subestimada. A lesão renal aguda (LRA) é a complicação mais frequente, presente em mais de 50% dos doentes, com 5% a evoluir para falência renal e necessidade de técnica de substituição da função renal (TSFR). O reconhecimento precoce e a fluidoterapia vigorosa inicial são essenciais para a prevenção de complicações.

Homem de 23 anos, dinamarquês, saudável, que após correr 38km com apresenta alteração súbita do estado de consciência. Transportado ao serviço de urgência onde é descrito como agitado, com *Glasgow Coma Scale* de 13, sudorético, taquicárdico e hipoglicémico. Gasimetricamente com pH equilibrado, potássio (K⁺) de 9.0mEq/L e lactato 3.2. Eletrocardiograma com ondas T apiculadas. Analiticamente a destacar creatinina (Cr) 2.14mg/dL, mioglobina > 30000ng/mL e creatinina cinase (CK) 46273U/L. Iniciou fluidoterapia, e foi admitido em unidade de cuidados intensivos com Critério de McMahon 6.5 (não baixo risco).

Inicialmente com recuperação status neurológico, mas agravamento dos marcadores de necrose muscular com mioglobina e CK indoseáveis (superiores a 30.000ng/mL e 100.000U/L respectivamente). Com agravamento da função renal (FR) e oligoanúria, pelo que às 48h foi instituída TSFR intermitente. Apesar de TSFR, inicialmente manteve agravamento da FR (valor máximo de Cr 12mg/dL), necessitando de 3 sessões adicionais até apresentar melhoria. Associadamente com citólise transitória (valores máximos de AST 3756UI/L e ALT 2449 UI/L) e trombocitopenia mínima de 57x10⁹ plaquetas. Como intercorrência, com retenção azotada e quadro de náusea e anorexia, melhorado com a melhoria da FR. Quando melhorado, regressou ao seu país de origem (ainda sob TSFR intermitente), tendo-se perdido o seguimento.

Apresentamos este caso com o objetivo de alertar para uma patologia subdiagnosticada, com apresentação inespecífica, mas cujo reconhecimento e fluidoterapia precoces são essenciais para o bom outcome.

Exacerbação de colite ulcerosa pos-vacinação COVID-19

Daniel Veiga; Pedro Santos; Baltazar Oliveira; Carolina Cardoso; David Furtado; Mariana Alves; Beatriz Lopes; Marta Amaro; Volodymyr Nagirnyak; Anna Knoch; Isabel Martins

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO

Tema:

Descreve-se o caso de uma senhora de 55 anos, com antecedentes de colite ulcerosa, com seguimento em consulta de Gastrenterologia, medicada com agentes imunossupressores que dois dias após a toma da 5ª dose da vacina COVID19 inicia um quadro de dejeções líquidas com sangue vivo, (cerca de quatro episódios dias) com duração de oito dias. Nas cinco semanas que se seguiram manteve diarreia sem sangue (em média quatro dejeções/dia), referindo também episódios esporádicos de vômitos, perda ponderal de quatro quilogramas e astenia marcada, motivo pelo qual recorreu ao serviço de urgência. Negava dores abdominais ou febre quantificada. Na admissão encontrava-se febril (38,1°C), hemodinamicamente estável e com as mucosas descoradas, sem outras alterações de relevo. Analiticamente constatou-se hemoglobina de 4g/dL, ferro sérico < 10 ug/dL, ferritina 20,6 ng/mL e PCR 11,26mg/dL. Ficou internada com os diagnósticos de colite ulcerosa agudizada e anemia ferropénica agudizada por perdas. Realizou transfusão sanguínea com quatro unidades de concentrado eritrocitário no total verificando-se subida dos valores de hemoglobina para 7,8g/dL. Durante o internamento foi requisitado estudo endoscópico digestivo alto e baixo que confirmou a hipótese de diagnóstico de colite ulcerosa agudizada. Manteve terapêutica imunossupressora com azatriopina 50mg diários e adalimumab semanal e iniciou messalazina 1000mg de manhã e à noite, bem como prednisolona 40mg de manhã com melhoria sintomática significativa e recuperação do padrão habitual de dejeções ao fim de 7 dias de internamento.

Este caso pretende alertar para a possibilidade de exacerbação de doença inflamatória intestinal em contexto pos-vacinação contra o vírus COVID-19, apesar de pouco frequente. Têm sido descritos na literatura alguns casos semelhantes ao do caso clínico atual, não existindo até ao momento estudos suficientes que comprovem uma relação causal entre as duas entidades.

Endocardite Infeciosa Subaguda – Um desafio diagnóstico

Helena Hipólito Reis; Carolina Guimarães; Rui Ribeiro; Joana Santos; Ester Ferreira; Jorge Almeida

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A endocardite infecciosa (EI) subaguda pode ter uma apresentação insidiosa com sintomas inespecíficos, como mal-estar geral, anorexia ou perda ponderal, o que dificulta o diagnóstico precoce. A apresentação clínica pode mimetizar outras doenças, principalmente em doentes com várias comorbilidades.

Mulher, 71 anos, com diabetes *mellitus* tipo 2 mal controlada e diagnóstico recente de leucemia mieloide crónica, sob imatinib. Recorreu à urgência por astenia, anorexia, mal-estar geral e perda ponderal há 2 meses, associado a desorientação desde há 15 dias. Ao exame objetivo: hipotensão, pálida, desidratada, discurso confuso e temperatura timpânica de 37,6°C. Analiticamente, apresentava anemia normocítica normocrómica, leucocitose sobreponível (86 000/mm³) e aumento da proteína C-reativa; exame sumário de urina com leucocitúria. Colheu rastreio séptico e iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone por suspeita de sépsis com ponto de partida urinário. No internamento, manteve-se subfebril, com aumento dos parâmetros inflamatórios e sem melhoria clínica. Perante isolamento de *Streptococcus mitis* no sangue, foi alterada a antibioterapia para ampicilina. A ressonância magnética (RM) cerebral evidenciou múltiplas lesões isquémicas dispersas. Realizou ecocardiograma transtorácico que mostrou uma massa na válvula mitral, sugestiva de trombo/tumor e RM cardíaca que corroborou a presença de trombo/vegetação. A tomografia computadorizada de corpo mostrou abscessos esplénicos de grandes dimensões e microabscessos renais. Realizou esplenectomia, sem intercorrências, e cumpriu 60 dias de antibioterapia dirigida com melhoria clínica e resolução das alterações ecocardiográficas.

Este caso mostra o desafio diagnóstico da EI subaguda, particularmente em doentes com neoplasia hematológica. A clínica inespecífica e o contexto dificultaram a suspeita inicial. A identificação de múltiplos enfartes cerebrais, bacteriemia e parâmetros inflamatórios persistentemente elevados foram decisivos para o diagnóstico. Este caso evidencia a importância de um elevado índice de suspeição para a EI em doentes com síndrome constitucional subaguda e sem outra etiologia evidente.

Meningite a *Streptococcus Pneumoniae* com ponto de partida em otite média aguda complicada

Ana Patricia da Fonseca Tenreiro; Jessica Fidalgo; Ruben Rego Salgueiro; Catarina Tavares Valente; Ana Teresa Moreira

HOSPITAL SOUSA MARTINS

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução

A otite média aguda (OMA) é uma infeção do ouvido médio, causada por vírus ou bactérias, sendo *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus* grupo A, *Haemophilus influenzae* e *Pseudomonas aeruginosa* os agentes mais comuns. As complicações intracranianas são diversas, podendo em casos graves evoluir para meningite.

Caso clínico

Sexo feminino, 74 anos, alemã, de férias em Portugal. Admitida no Serviço de Urgência por prostração e alteração do estado de consciência com dois dias de evolução, febre, cefaleia, otalgia e otorreia esquerdas.

Objetivamente Glasgow 3 (O1V1M1), taquipneica, taquicárdica e febril (39,2°C).

Gasimetricamente apresentava alcalémia respiratória, hipocaliémia e hiperlactacidémia (3.8 mmol/L).

Analiticamente: leucocitose com predomínio neutrifílico, elevação da PCR (32,24 mg/dL) e procalcitonina de 24 ng/dL.

A doente realizou Tomografia Computorizada-Cranioencefálica (TC-CE) que mostrou esclerose e opacificação da mastóide esquerda com pneumocelo intracraniano epidural adjacente à pirâmide petrosa e à goteira do seio lateral, sugestivo de otomastoidite complicada.

Após realizar TC-CE, entrou em paragem cardiorrespiratória, que foi revertida e foi admitida pela Medicina Intensiva. Realizou punção lombar com um total de 863 leucócitos, 631 polimorfonucleares e proteinorraquia. Iniciou tratamento empírico com ceftriaxone e ampicilina, vancomicina e dexametasona, posteriormente com isolamento de *Streptococcus pneumoniae*. O mesmo agente foi identificado nas hemoculturas e exsudado auricular. Infelizmente a doente faleceu dois dias após a admissão.

Discussão

Sendo mais frequente na infância, as complicações intracranianas secundárias à OMA têm vindo a diminuir na sequência da vacinação. No entanto, pode ocorrer em qualquer idade e a desvalorização de sintomas e o atraso no tratamento adequado podem levar a complicações intracranianas fatais como no caso apresentado.

Hiperprolactinemia e Doença Metabólica: Um Fator de Risco Além do Óbvio

Margarida Barbosa

HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Título

Hiperprolactinemia e Doença Metabólica: Um Fator de Risco Além do Óbvio

Introdução

Prolactinomas são adenomas hipofisários secretores de prolactina, induzindo resistência à insulina, afetando o metabolismo lipídico, podendo contribuir para o desenvolvimento de síndrome metabólica, aumentando o risco de doenças cardiovasculares e diabetes mellitus tipo 2.

Caso clínico

Homem, 48 anos, leucodérmico, ECOG-PS 0. AP: Obesidade grau 3 (116kg e IMC 40,14), S. Depressivo e Infertilidade. Fumador, CT 30 UMA.

Recorreu ao SU por quadro de episódios intermitente de parestesias e paraparésia do hemicorpo direito com 4 horas de evolução, seguido de remissão das queixas. Ao exame objetivo já sem alterações. Avaliação laboratorial sumária sem alterações. Na TC-CE: hipodensidades focais lenticulo-capsulares.

Foi internado para investigação. Realizou RM-CE: lesão vascular isquémica subaguda na coroa radiada esquerda e macroadenoma da hipófise. Dos restantes ECDs: Ecocardiograma: Ligeira HVE com disfunção diastólica grau I; Holter e ecodoppler vasos carotídeos normais;

Do estudo laboratorial endocrinológico a destacar: Prolactina 656 ng/mL, Testosterona total 114 ng/mL, Testosterona livre 3,10 pg/mL; HbA1C 6.1%; e perfil lipídico: LDL 184 mg/dL, TG 213 mg/dL.

Colocou-se como principais hipóteses diagnósticas: AVC isquémico lacunar e Macroprolactinoma.

O doente manteve-se assintomático, foi orientado para consulta onde iniciou terapêutica com Cabergolina com normalização dos valores de prolactina (14 ng/dL) e posterior melhoria do perfil lipídico e IMC.

Discussão

O caso apresentado evidencia um macroprolactinoma associado a síndrome metabólica, manifestada por obesidade, dislipidemia e resistência à insulina. A hiperprolactinemia parece ser um fator contribuinte, agravando o risco cardiovascular e metabólico. O tratamento precoce com agonistas dopaminérgicos melhora os níveis de prolactina, ajudando no controlo metabólico e risco cardiovascular.

És tu “*Coxiella burnetii*” ?... A propósito de um caso de febre Q

Daniela Diniz; Ana Lúcia Rosário; Mafalda Maria Santos; João Afonso; Mariana Leão; Nuno Pinheiro; Rosa Amorim

ULS OESTE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A Febre Q é uma zoonose causada pela *Coxiella burnetii*, adquirida principalmente por inalação de aerossóis contaminados provenientes de animais, especialmente ruminantes. Pode manifestar-se de forma aguda, com febre prolongada, sintomas inespecíficos como cefaleias ou mialgias e envolvimento hepático ou pulmonar. O diagnóstico é frequentemente desafiador devido à variabilidade da apresentação clínica e à possibilidade de reações cruzadas em testes serológicos.

Caso Clínico

Apresentamos o caso de um homem de 54 anos que recorreu ao serviço de urgência por febre, mialgias e icterícia com 10 dias de evolução. Negava outros sintomas ou exposição epidemiológica clássica, como contato com gado, roedores ou aves, bem como consumo de laticínios não pasteurizados ou alimentos crus. Os exames laboratoriais revelaram padrão de citocolestase e elevação dos parâmetros inflamatórios. Dada a suspeita de zoonose, foram pedidas serologias específicas e iniciado tratamento empírico com doxiciclina. Os resultados laboratoriais mostraram positividade para IgM anti-Rickettsia, mas com uma resposta mais intensa para *Coxiella burnetii*, confirmando o diagnóstico de Febre Q. A positividade para Rickettsia foi interpretada como reação cruzada. O doente apresentou boa evolução clínica após o início da antibioterapia.

Conclusão

Este caso ilustra a importância de incluir as zoonoses no diagnóstico diferencial de febre persistente apesar da ausência de exposição epidemiológica aparente. O diagnóstico pode ser um desafio devido à variabilidade da apresentação clínica e à possibilidade de reações cruzadas em testes serológicos.

Síndrome demencial por Lúpus Eritematoso Sistémico

Baltazar Gabriel Moreira Oliveira; Marta Amaro; Mariana da Silva Alves; Rita Calixto

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença autoimune multiorgânica, com possível atingimento do sistema nervoso central (SNC). Estima-se que 4 em cada 10 doentes com LES tenham manifestações neuropsiquiátricas secundárias à doença, associadas a redução da qualidade de vida. A doença neuropsiquiátrica no LES pode-se manifestar como várias entidades: doença cerebrovascular, convulsões, meningite assética, perturbação depressiva, psicose, delirium, etc.

Caso Clínico

Os autores apresentam um homem de 69 anos, com antecedentes de dislipidemia, hipertensão arterial, hipertrofia benigna da próstata, dor articular ao nível das pequenas articulações das mãos e dos ombros e história de poliserosite há 4 meses. Recorre ao Serviço de Urgência por astenia, lentificação psicomotora e períodos de amnésia com cerca de 4 dias de evolução. À admissão apresentava-se com hipotensão arterial, sem outras alterações de relevo no exame objetivo. É internado no Serviço de Medicina Interna por lesão renal aguda de etiologia a esclarecer. Durante o internamento verificou-se lentificação psicomotora e períodos de confusão. Dos exames complementares realizados, destaca-se estudo analítico a evidenciar pancitopenia, lesão renal aguda, anticorpos anti-nucleares (ANAs) positivos 1/1280 com padrão nuclear homogéneo e anticorpo anti-dsDNA positivo e ressonância magnética cerebral a evidenciar microhemorragia parenquimatosa no centro semioval direito e pequena lesão vascular sequelar no vérmis cerebeloso. Após confirmação do diagnóstico de LES, iniciou corticoterapia sistémica e hidroxicloroquina com melhoria clínica e analítica sustentadas. À data de alta, verificou-se melhoria significativa da lentificação psicomotora.

Discussão

O caso apresentado revela uma demência rapidamente progressiva como apresentação primária de LES. O diagnóstico e tratamento precoces permite a regressão da sintomatologia neuropsiquiátrica, proporcionando melhor qualidade de vida para o doente. Este caso demonstra a importância do diagnóstico diferencial de LES em doentes com doença neuropsiquiátrica.

O segredo por trás de uma hipocaliémia

Diane Pimenta; Luís Couto; Marta Cunha; Isabel Trindade; Helena Sarmento; Jorge Cotter

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO AVE

Tema: Doenças renais

Introdução

A hipocliemia é uma alteração eletrolítica comum na prática clínica do Internista, sendo que a sua abordagem deve ser sistematizada para se poder identificar e corrigir a causa deste distúrbio, e prevenir complicações, especialmente arritmias e disfunção neuromuscular.

Caso clínico

Mulher de 42 anos. Encaminhada para a Consulta de Medicina Interna por hipocaliemia grave crónica com mais de 4 anos de evolução, sem sintomatologia associada ou repercussão eletrocardiográfica. Para o estudo etiológico, foi decidido seguir o organograma disponível no livro de Medicina Interna do Harrison (em anexo):

- (1) Assim, foi iniciado o estudo com colheita de amostra de urina ocasional para doseamento de K⁺ urinário, que neste caso encontrava-se >15 mmol/g com um gradiente transtubular de K⁺ >4, o que era sugestivo de uma perda renal de potássio por aumento da sua secreção a nível distal.
- (2) A posteriori foi avaliado o perfil tensional da doente ao longo do tempo, sem evidência de hipertensão arterial associada a este distúrbio eletrolítico. Realizou concomitantemente um estudo analítico a evidenciar uma função renal normal e um TAC AP com cortes de 2 mm sem alterações de relevo, nomeadamente a nível renal e das glândulas suprarrenais.
- (3) Depois, foi avaliado o estado ácido-base, evidenciando-se aqui uma alcalose metabólica sustentada nas gasimetrias realizadas. Em termos de distúrbios associados, é de referir ainda a presença de hipomagnesemia ligeira.
- (4) Revendo a urina ocasional, o Cl⁻ urinário era >20 mmol/l e o rácio Ca⁺/Creatinina urinária <0.15, o que era sugestivo de iatrogenia por diuréticos tiazídicos (improvável neste caso) ou Síndrome de Gitelman. Para confirmação diagnóstica, foi pedido o teste genético com posterior identificação de mutação heterozigota com pelo menos 2 variantes no gene SLC12A3 do cromossoma 16q13. Ficou medicada com suplementação de KCl e diurético poupador de potássio, com estabilização do valor de potássio.

Discussão

O Síndrome de Gitelman é uma tubulopatia hereditária rara, que embora tenha um curso benigno, pode causar sintomas e sinais secundários à hipocaliemia, cuja gravidade depende do défice. O seu diagnóstico é baseado em achados laboratoriais, pelo que é importante manter uma abordagem sistematizada no estudo das hipocaliemias para se chegar ao diagnóstico certo.

A propósito de um caso clínico: será apenas um TOAST?

Sara Gouveia Pinto; Alexandra Esteves; Carolina Ribeiro; Clara Pardinhas; Cristina Martins; Rui Alves

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças hematológicas

Introdução

A amiloidose AL afeta frequentemente o coração e o rim, sendo raro o envolvimento do sistema nervoso central (SNC).

Caso-clínico

Doente do sexo feminino, 75 anos, internada por episódio súbito e transitório de perda de consciência, com posterior hemiparesia direita e afasia transitórias, com evidência de AVC isquémico parietal esquerdo na TC-CE realizada. Ao 3º dia de internamento, por quadro de anasarca, solicitada avaliação urina 24h, verificando-se proteinúria nefrótica (10g/24h). Analiticamente, destacava-se hipoalbuminémia, função renal preservada e perfil lipídico sem alterações de relevo. Do estudo complementar realizado, constatou-se proteína monoclonal de cadeias leves kappa, com relação kappa/lambda livres aumentada e cadeias leves kappa com aspeto monoclonal na imunofixação urinária. Realizada biópsia renal que revelou deposição de amiloide vascular e glomerular, com imunofluorescência a revelar deposição e restrição de cadeias kappa nas áreas de deposição amiloide. Por alterações ecocardiográficas, NT-proBNP e troponina I elevados, foi solicitada RM cardíaca que revelou hipertrofia ligeira das paredes do ventrículo esquerdo, com fração de ejeção gravemente deprimida, achados concordantes com a suspeita clínica de amiloidose cardíaca. Efetuado aspirado medular, com 1.3% de plasmócitos, 81% dos quais com fenótipo patológico, sugestivo de Gamapatia Monoclonal de Significado Indeterminado (MGUS).

Conclusão

A deteção de síndrome nefrótica e a identificação de uma proteína monoclonal a nível sérico motivaram a realização de biópsia renal, que permitiu o diagnóstico de amiloidose AL, com envolvimento renal e cardíaco. Embora o envolvimento do SNC seja raro, um AVC isquémico embólico pode ser a primeira manifestação de cardiomiopatia amiloide. Assim, os antecedentes neurológicos desta doente poderão traduzir manifestações clínicas desta patologia, a coexistir com outros fatores de risco cardiovascular.

A dieta cetogénica e o risco cardiovascular – relato de um caso

Tatiana Soares Correia; Rafael Terêncio; Laura Cação; Rafaela Pitau; Francisca Abecasis

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

As dietas cetogénicas são caracterizadas por restrição da ingestão de hidratos de carbono e ricas em gorduras e proteínas. Sabe-se que apresentam vantagem a curto-prazo no controlo glicémico e na perda de peso, no entanto estão também associadas à elevação dos níveis de colesterol total e LDL podendo contribuir para aumento do risco cardiovascular deste modo.

Apresentamos o caso de um homem de 62 anos, com hipertensão arterial diagnosticada, mas sem cumprir terapêutica por vontade do próprio. Foi admitido no serviço de Urgência por início súbito de vertigem rotatória intensa, náuseas, vômitos, cefaleia, diplopia e disfagia para líquidos. À admissão apresentava hipertensão grau I e desequilíbrio na marcha para a esquerda, sem outros défices neurológicos objetiváveis. Realizou tomografia computadorizada que não documentou lesões agudas e ficou internado pela suspeita de acidente vascular cerebral para estudo etiológico. Houve regressão dos défices em menos de 24h e progrediu-se marcha diagnóstica com realização de ressonância magnética que não documentou lesões isquémicas agudas, tratando-se de um acidente isquémico transitório. Do estudo etiológico, destaca-se fibrilhação auricular de novo e dislipidemia grave com colesterol total de 489 mg/dL e LDL de 396 mg/dL em doente sem história familiar de dislipidemia. Apurou-se que o doente cumpria uma dieta cetogénica restritiva e não se apuraram outras causas para a dislipidemia. Foi realizada uma reunião multidisciplinar com o serviço de nutrição de modo a desmistificar conceitos e ajustar a dieta do doente, além da otimização terapêutica com vista à redução do risco cardiovascular.

O presente caso destaca-se principalmente pelo perfil lipídico que se atribuiu a uma dieta com adesão crescente na nossa população e pelo seu contributo importante para o risco cardiovascular deste doente. Destaca-se ainda a importância da multidisciplinaridade para melhor abordagem e com vista à modificação dos estilos de vida.

A síndrome Pulmão-Rim: uma tradição nas complicações futuras

Bruna Rodrigues Barbosa¹; Francisca Fonseca²; Laurinda Pereira¹; Ana Paula Pona¹; Ana Branco²; Ana Farinha²

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ARCO RIBEIRINHO

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA ARRÁBIDA

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução

A síndrome pulmão-rim é uma condição clínica rara que envolve hemorragia alveolar difusa e glomerulonefrite rapidamente progressiva. As causas mais comuns incluem vasculites ANCA-positivas e a síndrome de *Goodpasture*. O reconhecimento e tratamento precoces ditam a sobrevivência e preservação da função renal.

Caso clínico

Homem, 56 anos, natural da Índia. Antecedentes de hipertensão medicada. Inicia quadro de edemas generalizados, mialgias e fezes escuras, sem febre ou outros sintomas. À observação: palidez, e dor abdominal difusa à palpação. Laboratorialmente: anemia normocítica normocrômica (Hb 9.5 g/dL), leucocitose (13.700/ μ L), trombocitopenia (130.000/ μ L) e elevação de AST (114 U/L), ALT (105 U/L) e LDH (1040 U/L). Creatinina passou de 1.71 para 5.12 mg/dL. Esfregaço de sangue com raros esquizócitos e esferócitos, *Coombs* direto positivo e haptoglobina indoseável sugeriram anemia hemolítica autoimune. Cumpriu 1 UCE com pouco rendimento. A EDA mostrou úlceras gástricas e esofágicas. Evoluiu com rabdomiólise (CK 2 197). Apesar de suspeita de disfunção cardíaca (Tnt 382 e NT-proBNP 1000), a ecocardiografia não confirmou. Pelas alterações inespecíficas na TC e agravamento clínico inicia empiricamente, Linezolid, Piperacilina/Tazobactam e corticoterapia, com alguma melhoria clínica. Novo agravamento por edema pulmonar, com dessaturação e hipotensão sintomática. Apesar do aumento no aporte de oxigénio e de diuréticos para gestão do edema, a função renal continuou a deteriorar-se, com creatinina de 7 mg/dL e oligúria. Perante a evolução e suspeita de hemorragia alveolar, o doente foi admitido em UCI para suporte avançado de órgãos.

Discussão

O caso ilustra a complexidade e gravidade da síndrome pulmão-rim. A rápida deterioração renal e respiratória sublinhou a necessidade de uma abordagem agressiva e multidisciplinar para melhorar o prognóstico em condições críticas. A barreira linguística foi um desafio adicional, reforçando a necessidade de comunicação eficaz nos cuidados de saúde.

Catinonas Sintéticas - O novo desafio diagnóstico

Diogo Paulo Medeiros; Daniela Ribeiro; Andreia Oliveira; Paula Costa; João Mendes Coelho; Luís Dias

HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO, PONTA DELGADA

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

As catinonas sintéticas são estimulantes potentes que podem causar sintomas neuropsiquiátricos graves, incluindo alterações do comportamento, agitação psicomotora e psicose. Embora ainda sejam substâncias difíceis de detectar, o seu uso tem sido associado a complicações cardiovasculares e cerebrovasculares.

Caso Clínico

Homem de 60 anos, autónomo, com hábitos toxicofílicos no passado, admitido no serviço de urgência (SU) por quadro de alucinações visuais, agitação psicomotora e confusão mental, com quatro dias de evolução. Inicialmente tratado com antipsicóticos, sem resposta clínica favorável. Dos exames complementares realizados no SU, sem alterações de relevo a destacar, com pesquisa de drogas de abuso na urina positiva para benzodiazepinas, tomografia computadorizada cranioencefálica sem lesões agudas e punção lombar sem alterações. Foi internado no Serviço de Medicina Interna para investigação de possíveis causas orgânicas. Realizou eletroencefalograma, sem alterações. A ressonância magnética cranioencefálica realizada revelou múltiplos enfartes lacunares antigos, sugerindo etiologia vascular associada ao consumo de catinonas sintéticas, cujo consumo foi confirmado durante o internamento. Foi feito ajuste terapêutico, privilegiando-se o uso de benzodiazepinas, com melhoria total do quadro ao fim de 72h. Teve alta orientado para consulta de Psiquiatria.

Discussão

As catinonas sintéticas podem levar a neurotoxicidade direta e eventos cerebrovasculares por mecanismos como vasoespasmo, hipertensão e hipercoagulabilidade. O diagnóstico pode ser desafiante devido à baixa detectabilidade destas substâncias, pelo que as alterações neuropsiquiátricas associadas podem passar despercebidas ou ser confundidas com os efeitos de outras substâncias. O envolvimento multidisciplinar é essencial para garantir um diagnóstico e tratamento adequados.

IMPACTO CLÍNICO DA LEPTOSPIROSE: SÍNDROME DE WEIL COM COMPLICAÇÕES MULTIORGÂNICAS

Ana Constante; Sofia Rodrigues Carvalho; Francisco Belchior; Liliana Torres; Zélia Lopes; Lindora Pires

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO TÂMEGA E SOUSA

Tema:

Introdução

O síndrome de Weil é uma forma grave da leptospirose, caracterizada por febre, icterícia e lesão renal aguda. O diagnóstico atempado requer contextualização epidemiológica e estudo dirigido.

Caso Clínico

Homem de 49 anos, residente em área rural, com exposição frequente a animais, incluindo roedores. Recorre ao SU por febre com 4 dias de evolução, associada a astenia, dor pleurítica direita e tosse com expectoração hemoptóica. Apresentava-se polipneico, a necessitar de oxigenoterapia suplementar e com escleras ictéricas. Analiticamente, destacavam-se trombocitopenia grave, lesão renal aguda AKIN 3, hiperbilirrubinemia com hipoalbuminemia, PCR de 190g/dL e insuficiência respiratória (IR) hipoxémica. A AngioTC torácica evidenciou infiltrados pulmonares bilaterais com alguns focos consolidativos, sem sinais de tromboembolismo. Dado contexto epidemiológico e disfunção multiorgânica, iniciou antibioterapia com Ceftriaxone e foi proposta admissão no Serviço de Medicina Intensiva por sépsis com provável ponto de partida em Leptospirose. Durante o internamento, IR hipoxémica refratária, com necessidade de ONAF, VMI e, posteriormente, ECMO V-V. O diagnóstico de Síndrome de Weil foi confirmado por IgM positiva e deteção de DNA de *Leptospira spp.* na urina. Evoluiu favoravelmente, apresentando recuperação clínica e analítica progressiva. Teve alta ao 25º dia de internamento com resolução das disfunções, em reabilitação de miopatia de doente crítico.

Discussão

Os autores destacam o reconhecimento atempado do síndrome de Weil, com manifestações sistémicas graves, como hemorragia alveolar, lesão renal aguda e IR hipoxémica refratária como fator decisivo para o prognóstico. A valorização epidemiológica e o tratamento dirigido, aliados ao suporte intensivo de órgãos foram cruciais para a recuperação do doente.

Aspergilose invasiva fulminante: a propósito de um caso clínico de imunossupressão grave

Hélder Gonçalves; Ana Melício; Sara Vasconcelos-Teixeira; Mariana Dias; Ana Luísa Barbosa; João Madeira Lopes; Luís Santos Pinheiro; António Martins Baptista

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Apresenta-se o caso de uma mulher de 76 anos, com Macroglobulinemia de Waldenstrom (MW) desde 2014, em progressão após múltiplas linhas de quimioterapia, a última com ibrutinib, a condicionar imunossupressão grave com aspergilose invasiva fulminante. Admitida por prostração, febre, mialgias e progressiva perda de autonomia. Laboratorialmente com leucocitose 14000/L, PCR 23.4 mg/dl e elevação de GGT, LDH e Troponina T. TC crânio com lesões expansivas (maiores em topografia cerebelosa direita e frontal esquerda) com extenso edema perilesional e RM cerebral posterior a confirmar lesões hipointensas em T2 com realce irregular em anel, sugerindo possível infiltração linfocitária vs etiologia infecciosa. Punção lombar com hiperproteinorráquia e pleocitose neutrofílica. TC corpo com consolidações pulmonares nodulares e vidro despolido bilateral, enfarte subendocárdico ventricular esquerdo, infiltrações nodulares do músculo grande peitoral e nódulos esplénicos hipocaptantes. Perantes estes achados, foi levantada a hipótese de infeção fúngica invasiva (IFI) com invasão do SNC, pulmonar, esplénica, cardíaca e muscular. Confirmação posterior de antígeno galactomannan sérico com índice 4,76. Admitida aspergilose invasiva tendo sido medicada com voriconazol após normalização de parâmetros inflamatórios e restantes exames culturais negativos. Evolução desfavorável, com hipogamaglobulinemia acentuada em doente com performance status e prognóstico adversos que conduziu a decisão de limitação terapêutica. O presente caso sublinha o desafio na gestão de doentes imunossuprimidos por doença hematológica ou seu tratamento. A associação entre o comprometimento imunológico, a progressão da MW e o desenvolvimento de IFI reforça a necessidade de diagnóstico precoce e monitorização rigorosa. A decisão pela limitação terapêutica, face ao mau prognóstico e à progressão multifocal da infeção, ressalta a importância de uma abordagem multidisciplinar na gestão destes casos complexos.

O Aneurisma da Aorta Abdominal - Tradicionalmente é uma emergência médica

Bruna Rodrigues Barbosa; Cláudia Ribeiro; Ana Catarina Ruivo; Joana Cartucho; Laurinda Pereira; Martinho Fernandes; Ana Paula Pona

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ARCO RIBEIRINHO

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

O aneurisma da aorta abdominal (AAA) roto é uma emergência médica crítica, pois a rutura da parede arterial pode levar a hemorragia interna potencialmente fatal. A apresentação clínica é variável, mas frequentemente inclui dor abdominal aguda e outros sintomas que podem confundir o diagnóstico inicial.

Caso clínico

Homem de 54 anos, apresentou-se com náuseas e dor abdominal intensa nos quadrantes esquerdos, irradiando para a região lombar e membro inferior esquerdo, com uma semana de evolução. Sem febre, queixas genito-urinárias e/ou gastrointestinais. Antecedentes de herniorrafia e colostomia após trauma abdominal, e hérnia inguinal esquerda. À observação o doente estava vigil e colaborante, o abdómen era globoso, mole, mas doloroso à palpação dos quadrantes esquerdos, com defesa voluntária sem sinais de peritonite, ou hérnias. Sem Murphy renal e manobra de Lasègue negativa. Laboratorialmente: leucocitose ($25\,900/\text{mm}^3$) e proteína C-reativa elevada (45.5 mg/L). Por suspeita inicial de cólica renal, foi solicitada uma Tomografia Computorizada Abdominal (TCA), que revelou volumoso aneurisma da aorta abdominal infrarrenal com sinais de rutura na vertente superior esquerda e hemorragia retroperitoneal, com pequeno hemoperitонеu. Sem adenopatias abdominais ou alterações dos órgãos abdomino-pélvicos. Após contacto com Cirurgia Vascular, o doente foi transferido com carácter de urgência permitindo a intervenção atempada e a sua sobrevivência.

Discussão

A rutura de um AAA é uma condição de alta mortalidade, exigindo diagnóstico e intervenção cirúrgica imediata. Neste caso, a forma de apresentação inicial levou à suspeita de cólica renal, uma apresentação comum em AAA rotos. A TC foi crucial para o diagnóstico, permitindo a identificação da rutura e hemorragia associada. Este caso sublinha a importância da suspeição de AAA roto em doentes com dor abdominal aguda, especialmente na presença de fatores de risco vasculares.

Uma dor inespecífica - diagnóstico de um tumor neuroendócrino

Adriana Pereira Guedes¹; Ana Sofia Reis²; Marta Monteiro¹

¹ ULSGE

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

Os tumores neuroendócrinos (TNE) afetam o trato gastrointestinal, pâncreas e pulmão, entre os 40 e 60 anos. A clínica varia com a localização, tamanho e produção hormonal do tumor (frequentes a diarreia, rubor e perda ponderal). Pode ser inespecífica e insidiosa, tornando o diagnóstico desafiante. O grau de diferenciação e índice de proliferação (Ki67) determinam o tratamento e prognóstico.

Caso clínico

Mulher, 42 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes. Recorreu ao serviço de urgência por dor no flanco direito, sem mais sinais ou sintomas. Na ecografia abdominal viam-se múltiplas lesões nodulares no fígado e adenomegalias mesentéricas à direita. Enviada para consulta de medicina interna.

Realizou TC que exibiu adenomegalias mesentéricas de centro necrótico e lesões hepáticas de características suspeitas. Na RMN tinha 9 lesões com sinal intermédio em T2, hiposinal em T1, captação heterogénea e marcada restrição à difusão, a indicar metástases hepáticas. Na PET, captação aumentada de FDG-F18 nas lesões hepáticas e adenomegalias mesentéricas, com moderado índice glicolítico, adjacentes a área captante no íleon distal.

Cromogranina A sérica e ácido 5-hidroxi-indolacético aumentados (4.0 nmol/L e 37.7 mg/24h), a sugerir TNE.

Na biópsia hepática, neoplasia epitelial densamente celular (citoplasma eosinofílico e núcleos hipercromáticos) com Ki67 10-15% e positiva para CAM5.2, cromogranina, sinaptofisina, confirmando TNE G2. Biópsia de gânglio mesentérico com TNE de origem gastrointestinal. Na endoscopia digestiva baixa lesão polipóide congestiva a 7 cm da válvula ileocecal compatível com TNE G1.

Iniciou lanreótido com estabilidade clínica e imagiológica (PET-DOTANOC).

Conclusão

Estes doentes carecem de seguimento contínuo e multidisciplinar. Embora pouco frequente, este diagnóstico exige primeiramente a internista, um alto grau de suspeição e abordagem diagnóstica holística com uso adequado e sequencial de meios complementares de diagnóstico.

Quando a Terapêutica se Torna uma Ameaça!

Flávio Quadrado; Silvia Morgado; Nelson Cardoso; Chantre Lima

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALENTEJO CENTRAL

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

A Síndrome Maligna dos Neurolépticos (SMN) é uma condição rara, mas potencialmente fatal, associada ao uso de antipsicóticos. Caracteriza-se por hipertermia, rigidez muscular, alteração do estado mental e disfunção autonômica. O reconhecimento precoce e a suspensão do agente desencadeante, aliadas a uma abordagem terapêutica de suporte, são fundamentais para reduzir complicações e mortalidade.

Caso Clínico

Homem de 49 anos, com etilismo crónico (10 UBP/dia), internado por fratura do úmero após trauma. No segundo dia de internamento, desenvolveu agitação psicomotora e foi medicado com haloperidol. Posteriormente, apresentou rigidez muscular, hipertermia (41°C), rabdomiólise e alteração do estado de consciência, evoluindo para insuficiência respiratória com necessidade de ventilação mecânica invasiva culminando na admissão em cuidados intensivos. O diagnóstico de SMN foi estabelecido e o tratamento incluiu medidas de suporte, benzodiazepinas, dantroleno e bromocriptina, com evolução favorável.

Conclusão

A SMN é uma emergência médica frequentemente confundida com outras patologias, como o *delirium tremens* ou infeções do sistema nervoso central. Mesmo em doses baixas, o haloperidol pode desencadear o síndrome, sendo a tríade de hipertermia, rigidez muscular e rabdomiólise sugestiva do diagnóstico. A suspensão imediata do agente causador e o tratamento precoce são essenciais para reduzir a mortalidade, que pode atingir 20-30%. Este caso enfatiza a importância do reconhecimento precoce e da abordagem multidisciplinar da SMN. A prevenção, baseada no uso criterioso de neurolépticos e monitorização rigorosa, é crucial para evitar complicações graves.

Referências:

- 1- Strawn, J. R., Keck, P. E., & Caroff, S. N. (2007). Neuroleptic Malignant Syndrome. *New England Journal of Medicine*, 356(5), 504-512. DOI: 10.1056/NEJMr064867
- 2- Perry, P. J., & Wilborn, C. A. (2012). Neuroleptic Malignant Syndrome: A Review and Update. *New England Journal of Medicine*, 367(21), 2027-2034. DOI: 10.1056/NEJMr1204890

Hiponatremia persistente – Nem tudo o que parece é!

Gloria Maria Maia Gonçalves; Filipa Guedes; Alexandra Silva Azevedo; Cátia Dias; Manuel Rodrigues; Paulo Bandeira Ramos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO AVE

Tema: Doenças oncológicas

A hiponatremia é um distúrbio hidroeletrólítico comum nos idosos. A sua etiologia é muito diversa, variando entre etiologias benignas ou manifestações subtis de etiologias malignas. A sua abordagem deve ser cuidadosa com uma revisão exaustiva dos sintomas/sinais clínicos, da história clínica e caracterização da hiponatremia segundo o seu algoritmo de abordagem.

Apresentamos o caso de uma mulher de 89 anos, com antecedentes de hipertensão, insuficiência cardíaca (IC) e síndrome demencial incipiente que foi admitida no serviço de urgência por quadro de prostração e recusa alimentar com 4 semanas de evolução e ionograma de ambulatório com hiponatremia documentada (119mEq/L). Exame objetivo à admissão a destacar crepitações bi-basais. Analiticamente, confirmada hiponatremia hiposmolar grave, função renal normal e ligeiro aumento do peptídeo natriurético. Assumida IC descompensada e internada com diurético endovenoso. Após 72h de internamento, sem melhoria da natremia e clinicamente sem evidência de hipervolemia, optando-se por suspender diurético e reiniciar estudo etiológico. Revendo a história clínica, colocada a hipótese de Síndrome de secreção inapropriada de hormona antidiurético (SIADH) provocado pela sertralina (medicação crónica) ou pela quetiapina (fármaco introduzido recentemente, mas suspenso no contexto clínico atual). Do estudo etiológico, osmolaridade urinária aumentada, sódio urinário 59mEq/L, cortisol matinal ligeiramente aumentado, mas cortisol em urina de 24 horas normal e função tiroideia normal, resultados compatíveis com a hipótese de SIADH. Na radiografia de admissão com nódulo pulmonar direito de bordos irregulares pelo que foi realizada caracterização por tomografia computadorizada que excluiu a possibilidade de lesão neoplásica, mas com identificação, de novo, de uma volumosa massa pancreática envolvendo vasos com trombose da porta associada e sinais de metastização hepática e carcinomatose peritoneal.

O caso descrito demonstra a importância de uma abordagem sistemática na investigação da hiponatremia. Embora houvesse uma suspeita inicial válida pelos antecedentes e clínica inicial, o estudo mais exaustivo da hiponatremia pode-nos levantar outras suspeitas diagnósticas menos óbvias, permitindo assim uma identificação mais célebre das mesmas.

Lesão Renal Aguda em Endocardite Infeciosa com ANCA Positivo

ANA ISABEL PAIVA SANTOS¹; Sofia Leitão e Sousa²; Ramón Vizcaíno³; Ana Castro³; Cristina Freitas³

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO

² HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA

³ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÓNIO

Tema: Doenças renais

Introdução

Os anticorpos anti-neutrófilos (ANCA) estão associados à vasculite sistémica, mas podem ser encontrados noutras condições, incluindo doenças autoimunes, infecciosas e neoplásicas. Estudos sugerem que a endocardite infecciosa subaguda, especialmente com envolvimento multivalvular, pode cursar com ANCA positivo e maior risco de compromisso renal. Por outro lado, ANCA pode estar presente na glomerulonefrite associada a infeção, tornando a vasculite ANCA-positiva um diagnóstico diferencial. Apresentamos um caso de lesão renal aguda no contexto de endocardite infecciosa com ANCA positivo.

Caso Clínico

Homem, 62 anos, com leucemia linfocítica crónica, internado por endocardite subaguda por *Streptococcus gallolyticus*. Apresentava hemoculturas positivas há meses, sem resposta à levofloxacina. Desenvolveu perda ponderal (10 kg/3 meses), suores noturnos e insuficiência cardíaca. O ecocardiograma revelou vegetações nas válvulas aórtica e mitral, condicionando insuficiência grave.

Sem antecedentes renais (creatinina basal 0,81 mg/dL), apresentava creatinina de 4,0 mg/dL à admissão. Assumiu-se síndrome cardiorrenal tipo 1, mas, apesar de diuréticos, manteve oligúria. A ecografia renal era normal e as análises mostraram consumo de complemento e PR3-ANCA positivo (264 UQ). Embora a endocardite pudesse justificar o ANCA positivo, a diferenciação entre vasculite ANCA-associada e glomerulonefrite associada a infeção era essencial para a abordagem terapêutica.

A biópsia renal revelou esclerose focal em mais de 50% dos 34 glomérulos e proliferação endocapilar, sem crescentes. Na imunofluorescência, depósitos granulares de C3 (++) e IgM (+), favorecendo o diagnóstico de glomerulonefrite associada a infeção. Não foi iniciada imunossupressão e, após substituição valvular e antibioterapia, a função renal normalizou.

Conclusão

A glomerulonefrite associada a infeção é rara. Embora a endocardite possa cursar com ANCA positivo, esta associação é incomum, exigindo a exclusão de vasculite ANCA-associada para uma abordagem terapêutica adequada.

Sarcoidose: um diagnóstico a não perder de vista

Inês Peneda Ferreira¹; António Pedro Sousa²; Carolina Queijo²; Telmo Borges Coelho²; Natália Lopes²; Fernando Salvador²

¹ CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, EPE / HOSPITAL DE VILA REAL

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

A sarcoidose é uma doença inflamatória sistémica de causa não totalmente esclarecida, caracterizada pela formação de granulomas não caseosos e posteriormente fibrose em vários órgãos. É mais frequente em idades jovens e no sexo feminino, podendo também ocorrer na 6^a-7^a décadas de vida. Pode ser assintomática ou manifestar-se com sintomas como tosse persistente, dispneia, fadiga e lesões cutâneas. O diagnóstico baseia-se em achados clínicos, exames de imagem e biópsia. Embora seja possível a resolução espontânea, alguns doentes necessitam de tratamento com corticoterapia ou imunossupressão para controlar a doença e prevenir complicações.

Caso Clínico

Apresentamos o caso de uma jovem de 36 anos, autónoma e sem antecedentes de relevo, que se apresenta com edema e dor nos membros inferiores com 3 semanas de evolução, associada a dispneia para esforços moderados e gonalgia bilateral. Objetivamente com múltiplas tumefações dolorosas dispersas por ambos os membros inferiores, sem insuficiência respiratória. Analiticamente com elevação da velocidade de sedimentação (VS) de 44mm/1^ªhm e da proteína C reativa (PCR) – 3,49 mg/dL. Realizou tomografia computadorizada (TC) do tórax, que excluiu tromboembolismo venoso pulmonar, mas identificação de múltiplas adenopatias mediastino-hilares, opacidades em vidro despolido subpleurais e espessamento apical bilateral. Por suspeita de sarcoidose, realizou provas de função respiratória, dentro da normalidade, e broncofibroscopia com lavado broncoalveolar (LBA) que evidenciou linfocitose T CD4 com razão CD4/CD8 de 3,1. Sem alterações a nível eletro ou ecocardiográfico, e sem sinais de neuropatia periférica na eletromiografia. Assumido então o diagnóstico de sarcoidose com apresentação com síndrome de Löfgren, tendo apresentado melhoria franca sob corticoterapia ajustada ao peso, com regressão do eritema nodoso e melhoria sintomática global.

Discussão

O caso apresentado ilustra uma manifestação clássica e multissistémica de sarcoidose. A evolução favorável sob corticoterapia reforça a importância do tratamento precoce nos casos sintomáticos, destacando-se a necessidade de um elevado índice de suspeição para o seu diagnóstico, especialmente em doentes jovens com sintomas sistémicos inespecíficos.

Meningite Pneumocócica: A Importância do Diagnóstico Precoce

Flávio Quadrado; Maria Fialho; Margarida Jacinto; Ana Vieira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALENTEJO CENTRAL

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

A meningite pneumocócica é uma infecção grave do sistema nervoso central, com alta morbimortalidade, especialmente em idosos e pacientes com comorbidades, destacando-se os desafios na sua abordagem multidisciplinar e a importância do diagnóstico e tratamento precoces.

Caso Clínico

Homem de 76 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia e craniotomia prévia, foi admitido no serviço de urgência com febre (39,4°C), prostração e alteração do estado de consciência (GCS 9). Apresentava hemiparésia direita, movimentos clônicos e desvio cefálico. A punção lombar revelou hiperproteinorraquia (874 mg/dL), hipoglicorraquia (<20 mg/dL) e pleocitose com predomínio de neutrófilos (19.403 células/ μ L). O diagnóstico de meningite pneumocócica foi confirmado por cultura do líquido cefalorraquidiano (LCR). Iniciou ceftriaxone, ampicilina e dexametasona, sendo transferido para a UCI devido ao agravamento do estado neurológico (GCS 7) e necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI).

Na UCI, apresentou crise convulsiva revertida com diazepam e foi mantido sob levetiracetam e lacosamida. Evoluiu com melhoria progressiva, sendo extubado após 6 dias de VMI. Desenvolveu fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida, tratada com bisoprolol e apixabano.

Discussão

Este caso ilustra a complexidade da meningite pneumocócica, que pode evoluir com complicações neurológicas (crise convulsiva, alteração do estado de consciência) e sistêmicas (fibrilhação auricular, infecções secundárias). A antibioterapia precoce e a dexametasona foram essenciais para o controle da infecção, enquanto que a gestão das complicações exigiu abordagem multidisciplinar. A vigilância rigorosa e o suporte intensivo são fundamentais para reduzir a mortalidade, que pode chegar a 20-30% em casos graves, reforçando a importância do diagnóstico e tratamento precoces.

Referências:

1- van de Beek, D., Cabellos, C., Dzupova, O., et al. (2016). ESCMID Guideline: Diagnosis and Treatment of Acute Bacterial Meningitis. *New England Journal of Medicine*, 374(1), 23-32. DOI: 10.1056/NEJMr1401168

Olmesartan e o apocalipse intestinal: um remake inesperado

Elisa Veigas; João Lança Pereira; Inês Guimarães Rento; Jorge Correia; Edite Nascimento

CENTRO HOSPITALAR TONDELA-UISEU, EPE / HOSPITAL DE SÃO TEOTÓNIO, EPE

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Introdução

As enteropatias caracterizam-se por diarreia, atrofia vilosa do intestino delgado, infiltração de linfócitos, má absorção, perda de peso e serologia negativa para doença celíaca. Seu diagnóstico diferencial inclui sobrecrecimento bacteriano, jejunitis, linfoma, sprue tropical, enteropatia com perda de proteínas e uso de imunossuppressores, como metotrexato, azatioprina e micofenolato. O olmesartan, antagonista dos recetores de angiotensina II, é usado no tratamento da hipertensão. A enteropatia associada ao olmesartan foi descrita em 2012. Este estudo apresenta um caso de enteropatia tipo sprue induzida pelo olmesartan, alertando para a dificuldade diagnóstica devido à sua alta utilização.

Caso Clínico

Doente do sexo masculino com 75 anos, admitido em internamento por quadro de diarreia crónica com rebate sistémico, com hipotensão e agravamento da função renal. Do estudo complementar efetuado, destaca-se uma calprotectina fecal de 3522, exames bacteriológicos persistentemente negativos, pesquisas víricas, bacterianas e parasitológicas negativas, estudo de auto-inunidade negativo, estudo endoscópico sugestivo de colite infecciosa com biópsia incomparativa e TC-abdomino pélvico não esclarecedora de etiologia.

Discussão

Após excluídas todas as restantes causas etiológicas possíveis, colocou-se a possibilidade diagnóstica de enterocolite relacionada ao olmesartan - corroborada após discussão com gastroenterologia, face à relação temporal do início dos sintomas e o início da terapêutica com este fármaco.

Melanoma metastizado de primário oculto: uma apresentação rara e desafiante de melanoma

Catarina C. Borges; Ruth Zimwangana; Ana Saraiva; Joana de Paiva Simões; Sara Leitão; Lèlita Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

A apresentação mais frequente do melanoma é cutânea. Em 2020 registaram-se a nível mundial 324635 novos casos e 57043 mortes, prevendo-se um aumento de 50% de diagnósticos e 68% de mortes até 2040. O melanoma metastizado de primário oculto (MPO) representa 3-4% dos casos de melanoma, com etiologia indefinida, considerando-se possível a regressão da lesão primária (LP) após metastização e a malignização de melanócitos ectópicos.

Descrição

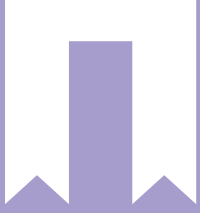
Homem de 78 anos, caucasiano, com fibrose pulmonar por enfisema tabágico, internado para estudo de neoplasia primária oculta. Iniciou quadro de confusão e desequilíbrio da marcha nos 3 meses anteriores, sem outros sintomas na revisão de aparelhos e sistemas. Ao exame neurológico apresentava lentificação, desorientação temporal, defeito de nomeação e impotência para marcha. Da restante avaliação, murmúrio vesicular diminuído e rude e dessaturação em ar ambiente. A RM mostrou incontáveis lesões no parênquima cerebral, tronco e cerebelo. PET-FDG com adenopatias mediastino-hilares bilaterais e incontáveis lesões hipermetabólicas no esqueleto axial, ilíacos e costelas. Foi realizada punção lombar (PL) que permitiu identificar células com imunofenótipo de melanoma e excluir infeção do sistema nervoso central (SNC). Mesmo após avaliação pela Dermatologia, Oftalmologia e Estomatologia, não foi encontrada a LP. Sem lesão disponível para biópsia e considerando evolução clínica desfavorável, com deterioração cognitiva, sarcopenia e pneumonias de repetição, optou-se por tratamento paliativo.

Discussão

O MPO é uma entidade rara, mas que deve ser incluída no diagnóstico diferencial na pesquisa de LP maligna. O diagnóstico requer uma abordagem multidisciplinar e avaliação física, imagiológica e anatomopatológica precisa, sobretudo perante o envolvimento do SNC com metastização leptomeníngea, situação em que a realização de PL é fulcral. Tem alta morbimortalidade, estando habitualmente indicado apenas tratamento paliativo.

POSTERS

CASUÍSTICA/INVESTIGAÇÃO



ÍNDICE

- PO0124 - Diabetes Mellitus no internamento de Medicina Interna: caracterização e evolução clínica
- PO0387 - Obstinação no doente com demência avançada no Serviço de Urgência – estudo em hospital terciário
- PO0538 - Cuidados paliativos em doentes oncológicos - referenciamos tarde demais?
- PO0849 - Relação neutrófilo-linfócito como marcador prognóstico na miocardite aguda num serviço de Medicina
- PO0930 - Tratamento síncrono da Hepatite C e patologia Oncológica, uma abordagem segura e eficaz.
- PO1374 - Prevalência e caracterização do uso de contenção física numa enfermaria de Orto geriatria
- PO1423 - Análise Descritiva do Delírio numa Enfermaria de Vigilância Avançada de Medicina Interna
- PO1448 - Outcomes a longo prazo de tromboembolismo pulmonar: um follow-up de 10 anos
- PO1720 - Albumina Glicada: Uma Alternativa no Controlo Glicémico da Diabetes Mellitus Tipo 2
- PO1856 - Avaliação do Burnout entre os médicos de um Serviço de Medicina Interna em Portugal

Diabetes Mellitus no internamento de Medicina Interna: caracterização e evolução clínica

Filipa Sales Moreira; Ana Constante; Inês Ferreira; Zélia Lopes; Ana Saavedra; Filipe Cunha; Maria Luís Mazeda; Lindora Pires

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO TÂMEGA E SOUSA

Tema:

Introdução

A diabetes mellitus (DM) é uma doença crónica prevalente associada a múltiplas complicações e elevada taxa de internamentos hospitalares. A monitorização dos doentes internados permite avaliar o impacto clínico da doença, a eficácia terapêutica e os desfechos clínicos pós-internamento.

Objetivo

Caracterização dos doentes com DM internados num dia específico e a sua evolução 1 ano após alta.

Material e Métodos

Estudo observacional retrospectivo de todos os doentes com DM internados no Serviço de Medicina interna do dia 31 de Janeiro de 2024. Foram colhidos dados demográficos, terapêutica à admissão, complicações crónicas da DM e controlo glicémico à admissão. Dados sobre controlo glicémico (hemoglobina glicada - HbA1c), estado vital ou novo internamento ou episódio de urgência foram recolhidos e os doentes foram seguidos até 1 ano após admissão. A população foi caracterizada: variáveis categóricas apresentadas como n (%) e variáveis contínuas como mediana (intervalo entre quartis). O tempo médio de sobrevida, sobrevida livre de internamento (SLI) e sobrevida livre de internamento ou urgência (SLIU) foram calculados usando o método de Kaplan Meier. A comparação entre os valores de HbA1c à admissão e após 6 meses foi realizada usando o teste de Wilcoxon.

Resultados

Dos 212 doentes internados nesse dia, 53 (25.0%) tinham DM. A idade mediana foi de 76 anos (68-83) e 29 (54.7%) eram do sexo feminino. O motivo de admissão mais comum foi causa infecciosa 24 (45.3%). A maioria dos doentes apresentava seguimento no nos Cuidados de Saúde Primários (42; 79.2%). À admissão, a terapêutica mais comum incluía metformina (34; 64.2%), inibidores SGLT2 (28; 52.8%) e Insulinoterapia (18; 34%), sendo a combinação de mais do que um antidiabético não insulina a estratégia mais escolhida (23; 43.4%). As complicações crónicas mais frequentes foram doença cerebrovascular (26; 49.1%), nefropatia diabética (21; 39.6%) e retinopatia diabética (14; 26.4%). À data de alta, 10 (18.9%) doentes tiveram ajuste na terapêutica antidiabética. Três doentes (5.7%) morreram durante o internamento. No total 16 (30.2%) doentes morreram. Dos 50 doentes que tiveram alta, 13 (26.0%) morreram, 19 (38.0%) foram internados durante o seguimento e 31 (62.0%) tiveram pelo menos 1 episódio de urgência. O tempo médio de sobrevida foi de 323 dias (IC 95%: 281-365 dias), o tempo médio de SLI foi de 236 dias (IC 95%: 188-284 dias) e o tempo médio de SLIU foi de 172 dias (IC 95% 130-213 dias). A média da HbA1c à admissão foi de 7.4% (6.2-9.0). Em 36 doentes havia uma HbA1c doseada 6 meses após o internamento: 6.4% (5.8-7.7). Nestes doentes a diferença entre a HbA1c à admissão e a mais de 6 meses foi significativa ($p=0.004$).

Conclusões

Um quarto dos doentes internados tem DM com um controlo glicémico aceitável, mas com complicações crónicas frequentes. A taxa de mortalidade a um ano desses doentes é de 30% com uma sobrevida média desses de 323 dias. O controlo glicémico melhorou 6 meses após o internamento.

Obstinação no doente com demência avançada no Serviço de Urgência – estudo em hospital terciário

Margarida Ribeiro¹; Joana Cabral²; Bárbara A.³; Teixeira, C⁴; Vieira Silva, S⁴

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LISBOA OCIDENTAL

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

³ DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH AND PRIMARY CARE, UNIVERSITY OF CAMBRIDGE

⁴ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÓNIO

Tema: Cuidados paliativos/ Hospitalização Domiciliária

Introdução

A demência avançada é uma doença terminal caracterizada pela deterioração cognitiva e funcional grave, com complicações que motivam o recurso frequente ao serviço de urgência (SU). Este ambiente, de alta pressão e decisões rápidas, nem sempre é adequado para atender às necessidades destes doentes. A identificação precoce do doente em fase terminal e a respetiva tomada de decisão podem ser desafiadoras, resultando em práticas médicas agressivas e de obstinação, como a realização de exames invasivos e terapêuticas desproporcionais, não considerando a alternativa de uma abordagem focada no conforto e dignidade.

Objetivo

Avaliar a prevalência da obstinação diagnóstica e terapêutica em doentes com demência avançada no SU e explorar fatores associados.

Material e Métodos

Estudo longitudinal retrospectivo, realizado num SU polivalente de um hospital terciário universitário. Foram incluídos doentes com demência avançada (FAST ≥ 6), falecidos nesse hospital em 2021, até 72h após terem recorrido ao SU. Avaliação da obstinação diagnóstica e terapêutica, definida pela realização de meios complementares de diagnóstico e intervenções como: colocação de dispositivos, administração de fluidoterapia, antibioterapia e outros, através da análise do registo clínico. Medidas de controlo sintomático foram definidas pelo uso de terapêutica opióide, butilescopolamina ou psicofármacos. Foi realizada análise bivariável com teste de Fisher para explorar fatores associados como comorbilidades, identificação de mau prognóstico, definição de limite terapêutico e estratégia de controlo sintomático. O valor de p considerado estatisticamente significativo foi $<0,05$. Foi utilizado software R.

Resultados

Foram incluídos 79 doentes com idade média de 86.5 anos (mínima 69, máxima 101 anos), predomínio do sexo feminino, 53.2% (n=42) e 32.9% (n=37) com doença oncológica ou insuficiência de órgão. Verificou-se obstinação diagnóstica e terapêutica em 83.5% (n=66) dos doentes. A colheita de estudo analítico foi o meio complementar de diagnóstico mais utilizado, em 77.2% dos doentes (n=61), enquanto que a fluidoterapia foi a terapêutica mais frequente, em 29.1% dos doentes (n=23), seguida da antibioterapia, em 24% dos doentes (n=19).

Em 63,3% (n=50) doentes foi registado mau prognóstico e em 68,4% (n=54) foi decidida a ordem para não reanimar. Observou-se que o estabelecimento de limite terapêutico ($p < 0,05$), a adoção de medidas de controlo sintomático ($p < 0,05$) e a identificação de mau prognóstico ($p < 0,05$) estão associados a menor probabilidade de obstinação diagnóstica e terapêutica. Não foi encontrada relação entre presença de comorbilidades e obstinação diagnóstica e terapêutica.

Conclusões

A prevalência de obstinação diagnóstica e terapêutica foi elevada nos doentes com demência avançada que recorreram ao SU nos seus últimos dias de vida. A identificação precoce de situações de mau prognóstico e o estabelecimento de limite terapêutico, parecem relacionar-se e poder contribuir para menor probabilidade de ocorrência de obstinação diagnóstica e terapêutica.

Cuidados paliativos em doentes oncológicos - referenciamos tarde demais?

**Raquel Dias; Francisca Torres Sarmento; Rui Resende Bastos; Sara Sarmento;
Joana Barbosa Rodrigues; Marta Freixa; Glória Nunes da Silva; António Martins Baptista**

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, EPE / HOSPITAL PULIDO VALENTE

Tema: Cuidados paliativos/ Hospitalização Domiciliária

Introdução

Os cuidados paliativos visam prevenir e minorar o sofrimento (físico, psicológico, social, espiritual) inerente à doença incurável, incluindo a doença oncológica avançada, e devem ser integrados na gestão do doente o mais precocemente possível. Os estudos mostram que a referência é frequentemente tardia, não raras vezes em contexto de descontrolo sintomático e quando as opções de tratamento se tornam limitadas. Os doentes oncológicos em enfermarias de Medicina Interna apresentam desafios únicos, mais comorbilidades, estádios avançados e emergências oncológicas específicas. O internista tem um papel crucial no seu acompanhamento, sendo essencial a coordenação entre Oncologia e Cuidados Paliativos, de forma a garantir uma assistência adequada.

Objectivo

Caracterização da população de doentes oncológicos internados num Serviço de Medicina Interna e a sua referência para equipas de cuidados paliativos (ECP).

Material e métodos

Estudo observacional, transversal e descritivo, através da análise retrospectiva dos processos clínicos de doentes com doença oncológica internados num Serviço de Medicina Interna entre 01/2022 e 12/2024. Consideraram-se variáveis sociodemográficas motivo de internamento, estado funcional de acordo (escala ECOG), caracterização da doença oncológica, admissões em serviço de urgência (SU) e internamentos, mortalidade e referência para ECP após a alta.

Resultados

Foram incluídos 170 doentes, idade média de 72 anos, 58.8% eram homens. A maioria (89.4%) residia em domicílio próprio (22.4% sozinhos) e 8.8% em lar. A capacidade funcional encontrava-se diminuída (ECOG ≥ 2) em 54,1%, dos quais 45.7% com grau mais elevado de dependência (ECOG ≥ 3). Os internamentos deveram-se a complicações da doença e/ou terapêutica e controlo sintomático em 54.1% dos doentes. A patologia aguda não oncológica e a resolução social motivaram, respetivamente, 39,4% e 4,1% dos internamentos. O diagnóstico inaugural foi motivo de internamento em 21,2% dos doentes. O estágio IV foi mais prevalente (63,5%, n=108). Destes, e com diagnóstico já previamente conhecido, apenas 13,9% (n=15) eram acompanhados por ECP, 22.2% tiveram 2 ou mais admissões em SU e 57,4% tiveram pelo menos 1 internamento nos 6 meses anteriores. Dos doentes sem seguimento, apenas 34,4% foram referenciados para ECP, incluindo 17 doentes para unidades de cuidados paliativos (12 faleceram a aguardar vaga). Houve 20% (n=34) de óbitos, todos com neoplasia em estágio IV.

Conclusões

Os resultados obtidos realçam a importância de o internista reconhecer as necessidades específicas dos doentes oncológicos, articulando atempadamente com a medicina paliativa, de forma a aliviar o sofrimento do doente e da família e evitar consumos excessivos de recursos de saúde. É também importante mudar o paradigma do tratamento focado na cura da doença para a intervenção no sofrimento focado no doente.

Relação neutrófilo-linfócito como marcador prognóstico na miocardite aguda num serviço de Medicina

Ana David do Carmo¹; Beatriz Tallon¹; Cláudia Marques¹; Pedro Mateus¹; Tiago Neto Gonçalves¹; João Miguel Beleza²; Katarina Serralha²; Margarida L. Nascimento¹; Filipa Ramalho Rocha¹; Filipa Malheiro¹; Alexandra Bayão Horta¹

¹ HOSPITAL DA LUZ LISBOA

² NOVA MEDICAL SCHOOL - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

A miocardite aguda é uma doença inflamatória do miocárdio que tem apresentação clínica variável. Vários fatores de mau prognóstico têm sido identificados, nomeadamente o *N-terminal B-type natriuretic peptide* (NT-pro-BNP) e a diminuição da fração de ejeção ventricular esquerda.

Objetivo

Avaliar os doentes internados com miocardite aguda numa enfermaria de Medicina Interna (MI), incluindo a etiologia, terapêutica e evolução. Correlacionar a relação neutrófilo-linfócito (N/L), proteína C reativa (PCR), NT-pro-BNP e troponina I com a fração de ejeção ventricular esquerda e tempo de internamento destes doentes.

Material e Métodos

Estudo retrospectivo com consulta de processos de doentes consecutivos internados em enfermaria de MI com diagnóstico de miocardite aguda. O diagnóstico foi feito com base na história clínica, incluindo exame objetivo, realização de eletrocardiograma, doseamento de PCR e troponina I séricas, ecocardiograma transtorácico (ETT) e ressonância magnética cardíaca. Avaliados e registados antecedentes pessoais relevantes, outras alterações laboratoriais séricas incluindo relação N/L, radiografia de tórax, causa da miocardite, realização de biópsia endomiocárdica, necessidade de internamento em unidade de cuidados intensivos, terapêutica realizada, tempo de internamento e complicações. A análise estatística baseou-se na aplicação de testes de Shapiro-Wilks, correlação de Spearman e Mann-Whitney.

Resultados

Incluídos 152 doentes, idade média de 41 anos, dos quais 24% mulheres e 76% homens. A duração média de internamento foi 5 dias. Dezanove doentes (12,5%) necessitaram de internamento em UCI e todos os doentes realizaram ETT. Dezassete doentes (11,2%) tinham diminuição da fração de ejeção ventricular esquerda (fração de ejeção inferior a 50%). Em 85 doentes (56%) foi possível identificar uma causa, sendo a mais frequentemente infecciosa. Dois doentes realizaram biópsia endomiocárdica. Cinquenta e nove doentes (38%) tinha alterações do segmento ST ao diagnóstico. Os doentes com N/L à admissão mais elevado apresentaram pico de PCR superior no decorrer do internamento. Doentes com internamentos superiores a 5 dias apresentaram valores mais elevados de N/L ($P<0,05$), PCR ($p<0,05$) e NT-pro-BNP ($p<0,05$). Relativamente à fração de ejeção ventricular esquerda valores diminuídos relacionaram-se com valores séricos mais elevados de NT-pro-BNP ($p<0,05$). Não encontramos nenhuma relação entre a troponina I e o tempo de internamento nem a fração de ejeção. Não houve nenhuma morte durante o internamento.

Conclusões

No grupo de doentes internado com miocardite aguda valores mais elevados de N/L à admissão e de PCR e NT-pro-BNP durante o internamento apresentam tempos mais prolongados de internamento.

Tratamento síncrono da Hepatite C e patologia Oncológica, uma abordagem segura e eficaz

Rosélia Lima; Romana Fagundes; Filipa Borges; Andreia Seixas; Margarida Mota

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A prevalência da Hepatite C nos doentes oncológicos encontra-se subestimada, nos Estados Unidos da América estima-se que seja entre 1,5 e 10,6%, não existindo números sobre os utentes portugueses. A identificação e tratamento da Hepatite C antes do tratamento oncológico é o ideal. Está documentado um aumento da replicação vírica, com risco de *flares* e progressão da fibrose, com consequente interrupção e/ ou redução da dose dos fármacos, comprometendo deste modo a eficácia do mesmo. Muitos destes utentes não estão diagnosticados, outros estão diagnosticados mas nunca foram abordados e uma percentagem significativa apenas são diagnosticados quando já estão em tratamento e ocorre o *flare* da hepatite. As recomendações dos tratamentos da Hepatite C são vagas quanto a este tema. Os autores apresentam a sua experiência do tratamento concomitante da Hepatite C e tratamento oncológico de neoplasias não relacionadas com o vírus da Hepatite C (VHC).

Objetivo

Compreender se o tratamento simultâneo da Hepatite C e patologia oncológica é seguro e eficaz.

Material e métodos

Estudo observacional e transversal com amostragem consecutiva com inclusão de todos os doentes que realizaram tratamento concomitante para a Hepatite C e patologia oncológica não relacionada com o VHC, entre 1 de janeiro de 2019 e 31 de dezembro de 2024, numa Unidade de Tratamento. Dados compilados e submetidos a análise descritiva no Microsoft Excel.

Resultados

Entre 2019 e 2024 foram tratados oito utentes, todos do sexo masculino, com uma idade média de 53,3 anos (46 - 65 anos). O diagnóstico da infeção por VHC contabilizou em três dos doentes mais de 20 anos e em cinco foi concomitante ao diagnóstico da neoplasia. Registaram-se quatro neoplasias do pulmão, uma gástrica, duas do cólon, uma da cabeça-pescoço e um tumor de células germinativas; um dos utentes tinha duas neoplasias síncronas. Foram usados esquemas com Antivíricos de Ação Direta (AAD): em sete utentes com Sofosbuvir e Velpatasvir, num doente Sofosbuvir e Ledipasvir. Dois doente faleceram (um com Pneumonia e outro com Acidente Vascular Cerebral isquémico); os óbitos ocorreram antes da avaliação das 12 semanas pós-tratamento com AAD. Os restantes 6 obtiveram resposta virológica sustentada. Não foram reportados efeitos adversos. Em dois doentes houve necessidade de suspensão de quimioterapia por citólise hepática importante, com reversão após início de AAD. Apenas um doente documentou carga vírica VHC pré e pós tratamento quimioterápico com aumento de 2 log.

Conclusões

Na era dos AAD o tratamento concomitante antivírico e quimioterápico é seguro e eficaz, não se devendo atrasar a abordagem de ambas as patologias. O esquema terapêutico utilizado deve ter em conta as potenciais interações medicamentosas, de modo a minimizar complicações.

Prevalência e caracterização do uso de contenção física numa enfermaria de Ortogeriatria

Mariana Dias¹; Matilde Lopes²; Francisca Sarmiento¹; Andreia Rodrigues Lopes¹; Hugo Ferreira¹; Nuno Aleman Serrano¹; Raquel Dias¹; Nayive Gomez¹; Mariana Alves²

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

² FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE LISBOA

Tema: Medicina geriátrica

Introdução

O uso de contenção física é uma prática comum a nível internacional, com variação significativa entre países, hospitais e até entre serviços. Apesar de frequente, a sua eficácia é controversa e associa-se a múltiplos efeitos adversos, especialmente em doentes idosos, mais vulneráveis pela elevada fragilidade e prevalência de comorbilidades. Em Portugal, o conhecimento sobre a utilização de contenção física em idosos hospitalizados, particularmente em enfermarias de Ortogeriatria, permanece escasso.

Objetivo

Estimar a prevalência e identificar os motivos para o uso de contenção física em doentes idosos internados numa enfermaria de Ortogeriatria.

Material e Métodos

Estudo observacional, transversal, com recolha de dados por observação direta e consulta de processos clínicos e de enfermagem. Foram incluídos doentes internados numa enfermaria de Ortogeriatria de um hospital terciário. A colheita de dados ocorreu em dois dias distintos, dia útil e dia não útil. Recolheram-se variáveis demográficas (idade, sexo), clínicas (índice de fragilidade, comorbilidades, dispositivos médicos) e características da contenção física (tipo, duração, motivo, prescrição e registo de uso da mesma).

Resultados

Foram analisados 53 doentes, com uma mediana de idades de 78 anos (VIQ 67.75;85), maioritariamente do sexo feminino (73,6%). Observou-se elevado índice de fragilidade avaliado pelo Clinical Frailty Scale com uma mediana de 5 (VIQ 4;6). A prevalência de contenção física foi de 79%. O método mais utilizado foi a elevação de grades da cama (26 doentes), seguido da utilização de cadeirões com restrição de movimentos (16), imobilização de punhos (3) e imobilização do tronco (3).

Não existia prescrição médica escrita para qualquer caso de contenção física e, em 92% dos doentes, não havia registo do motivo que justificasse a sua utilização.

Foram identificadas como razões para a contenção a agitação psicomotora (2 doentes) e o repouso por síndrome coronário agudo (2 doentes). Medidas preventivas foram implementadas em 57% dos casos, tendo sido apenas eficazes em evitar a contenção física em 5 doentes.

Conclusões

A contenção física revelou-se altamente prevalente nesta população, frequentemente sem registo adequado no processo clínico do doente. A elevação das grades da cama foi o método mais utilizado, refletindo uma tendência de contenção passiva. Estes resultados reforçam a necessidade urgente de implementar protocolos estandardizados, promover formação contínua das equipas em linha com as recomendações nacionais para uma prestação de cuidados mais segura e baseada na evidência aos idosos internados nos nossos hospitais.

Análise Descritiva do Delírio numa Enfermaria de Vigilância Avançada de Medicina Interna

Rita Gonçalves Pinto; Catarina Araújo; Rui Silva; Severina Lafuente; Inês Gonçalves; Gonçalo Santos; Paula Ferreira; Ana Mendes Costa; Rita Matos; André Santa Cruz; Sara Marques; Cristina Ângela; Alexandre Carvalho

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

O delírio é uma encefalopatia aguda caracterizada por um síndrome confusional de evolução oscilante, desatenção e alteração do estado de consciência. Estima-se que afete 60% dos doentes numa enfermaria e 75% dos doentes numa unidade de Cuidados Intensivos. Acarreta um risco 10x superior de mortalidade no internamento, 4x de infeções nosocomiais e de necessidade de institucionalização.

Objetivo

Caracterização da população com delírio, fatores predisponentes, motivo de internamento, tratamento no delírio e prognóstico.

Material e Métodos

Revisão dos processos clínicos dos doentes internados em outubro e novembro de 2024 numa Enfermaria de Vigilância Avançada de Medicina Interna.

Resultados

Foram avaliados 96 doentes, dos quais 41 (43%) do sexo feminino e 55 (57%) do sexo masculino. Cerca de 61% (n=59) dos doentes tinham mais de 70 anos. Relativamente ao estado cognitivo, 14% (n=13) dos doentes apresentavam disfunção cognitiva ou síndrome demencial. A incidência de delírio nos doentes internados foi de 26% (n=25).

A análise dos doentes com delírio revelou que a maioria era do sexo masculino (55%), autónomo (55%) e com idade superior a 70 anos (58%). Apenas 14% tinha disfunção cognitiva ou síndrome demencial. Os principais motivos de internamento destes doentes foram choque séptico (n=6), pneumonia (n=5) e insuficiência cardíaca descompensada (n=4).

Quanto aos fatores predisponentes, verificou-se que a maioria dos doentes era polimedicada (66%), incluindo fármacos potencialmente precipitantes de delírio (49%). Além disso, 37% dos doentes encontravam-se algaliados. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os doentes com e sem delírio relativamente a outros fatores predisponentes, como défices sensoriais ou mudança de enfermaria.

O principal fármaco utilizado para o tratamento do delírio hiperativo foi a quetiapina (n=15), seguido do haloperidol (n=6).

Observou-se que 13% (n=3) dos doentes com delírio necessitaram de institucionalização de novo e a taxa de mortalidade nesta população foi de 20%.

Conclusões

Era expectável que 60 a 75% dos doentes desenvolvessem delírio, no entanto, estes dados demonstram que esta patologia é frequentemente subdiagnosticada, particularmente na sua forma hipoativa. Estes resultados evidenciam a necessidade da aplicação de escalas de avaliação, como o Confusion Assessment Method.

Verificou-se uma associação entre o delírio e quadros clínicos mais graves, como o choque séptico, que pode ser explicado pelo papel das citocinas pró-inflamatórias e a inibição da síntese de acetilcolina na génese do delírio.

A implementação de medidas simples contribui para a redução do delírio, destacando-se a correção dos défices visual e auditivo, a integração da família/cuidadores nos cuidados ao doente, a promoção de um sono reparador e a disponibilização de calendários, relógios e outros objetos pessoais. Estas estratégias têm demonstrado impacto positivo no prognóstico, reduzindo a necessidade de institucionalização e disfunção cognitiva a longo prazo.

Outcomes a longo prazo de tromboembolismo pulmonar: um follow-up de 10 anos

Joana Correia Nunes; Maria Beatriz Marques; Carolina Saca; Ricardo Silva; Maria Carolina Carvalho; Ricardo Paquete Oliveira; José Delgado Alves

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE AMADORA/SINTRA

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

A epidemiologia do tromboembolismo pulmonar (TEP) em Portugal é mal conhecida, principalmente, os *outcomes* a longo prazo relacionados com o TEP, risco cardiovascular e a terapêutica.

Objetivo

Avaliar os *outcomes* a longo prazo de doentes internados com TEP, nomeadamente no que se refere a incidência de *major adverse cardiovascular events* (MACE), complicações do evento e da terapêutica e mortalidade.

Material e métodos

Análise retrospectiva observacional e unicêntrica de todos os doentes internados com TEP entre 2010 e 2015 numa enfermaria de Medicina Interna, durante um período de *follow-up* máximo de 15 anos. Foram avaliadas variáveis demográficas, clínicas e imagiológicas, através da consulta do registo clínico eletrónico.

Resultados

Foram incluídos 105 doentes, 62.9% mulheres com idade mediana de 68 anos. O período total de *follow-up* foi 1575 pacientes-ano (mediana de 8.6 anos). A maioria dos doentes iniciou varfarina (63.8%), com predomínio dos anticoagulantes orais diretos (58%) no fim do seguimento. A duração média da anticoagulação foi de 3.5 anos (7,5 anos nos TEP sem fatores de risco associados e 1,8 anos nos restantes), com cerca de 60% dos doentes ainda sob anticoagulação no fim de seguimento. Houve pelo menos uma complicação hemorrágica em 22% dos doentes (50% *major*, uma delas fatal), mais frequente sob varfarina.

Verificou-se recidiva de tromboembolismo venoso em 11.3%, a maioria com TEP (90%), não provocado e após suspensão da anticoagulação. O tempo mediano até à recorrência foi de 3,5 anos. Os sintomas mais frequentes após o evento foram o cansaço (14.5%) e a intolerância à atividade física (10.8%) e associaram-se ao desenvolvimento de hipertensão pulmonar ($p<0.05$), cuja incidência foi de 4.1%. Cerca de um quinto dos doentes desenvolveu uma neoplasia num período de 10 anos. Quase um terço teve pelo menos um MACE (27.4%), sendo a incidência a 5 anos de 22.1%. Registou-se uma taxa de mortalidade de 46.7% durante o período de *follow-up*, com uma mortalidade cumulativa aos 5 anos de 33.7% e uma mediana de 628 dias até ao óbito. Os principais fatores associados a mortalidade foram a idade e a ocorrência de pelo menos um MACE ($p<0.05$), não se verificando associação com neoplasia. A escala de PESI (*pulmonary embolism severity index*) associou-se ao risco de recidiva, MACE e mortalidade ($p<0.05$).

Conclusão

Este trabalho é um dos primeiros realizados no nosso país com um seguimento tão prolongado de doentes com TEP e alerta para a mudança de paradigma do TEP enquanto patologia aguda e limitada para evento cardiovascular com necessidade de seguimento e potencial impacto clínico e de qualidade de vida a longo prazo. A gravidade do TEP (PESI) correlaciona-se com risco de recidiva, MACE e mortalidade. Registou-se uma taxa de mortalidade de quase 50% durante o *follow-up* e 22.1% dos doentes tiveram um MACE aos 5 anos. As complicações hemorrágicas ocorreram em 22% dos doentes anticoagulados, mais frequentes com varfarina.

Albumina Glicada: Uma Alternativa no Controlo Glicémico da Diabetes Mellitus Tipo 2

Ana Mafalda Abrantes; Isabel Cruz Carvalho; Mariana Alves; Pedro Gaspar; Francisca Sarmento; Sara Sarmento Rodrigues; Rita Gano; Miguel Ardérius; José Rocha; Ana Alves Cardoso; Silvia Ferreira; João Silva; Nuno Magalhães; Dora Sargento; Carlos Lemos; Nayive Gómez; Alda Jordão

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução

A diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é uma doença crónica de elevada prevalência, caracterizada por um metabolismo anormal de hidratos de carbono. Embora a hemoglobina glicada (HbA1c) seja amplamente utilizada para monitorizar o controlo glicémico, apresenta limitações em condições específicas, como insuficiência renal, anemia e gravidez. A albumina glicada (AG), que reflete alterações glicémicas a curto prazo, surge como uma alternativa com potencial para complementar ou substituir a HbA1c em cenários onde o seu uso é mais limitado.

Objectivos

Comparar a relação da AG e da HbA1c entre si e com a glicémia média e a variabilidade glicémica em indivíduos com DM2.

Materiais e Métodos

Estudo prospectivo longitudinal observacional ao longo de 20 semanas, incluindo 26 adultos com DM2 utilizadores do sistema de monitorização contínua FreeStyle Libre®. Foram excluídos indivíduos em diálise, sob terapêutica com corticóides ou agentes estimuladores de eritropoietina e grávidas. Foram recolhidos dados demográficos e aferidas complicações crónicas micro e macrovasculares, bem como complicações agudas. Em cinco visitas (semanas 0, 4, 8, 12 e 20), foram avaliados: HbA1c, AG e relatórios do Freestyle Libre. As relações entre HbA1c, AG, glicémia média e variabilidade glicémica foram analisadas através do teste de Spearman.

Resultados

A média de idade dos participantes foi de $64,17 \pm 10,79$ anos, sendo 62,50% do sexo masculino. As comorbilidades mais prevalentes foram hipertensão arterial (84,62%), dislipidémia (80,77%) e obesidade (50,00%). As HbA1c e AG apresentaram uma correlação moderada positiva ($r_s > 0.60$). A relação entre AG e a variabilidade glicémica foi baixa a moderada, mais forte na visita 1 ($r_s = 0.63$) e menor na visita 5 ($r_s = 0.33$). Além disso, a AG apresentou correlação moderada a alta com a glicémia média, com coeficientes variando entre 0.59 e 0.81. A HbA1c demonstrou uma relação muito forte com a glicémia média em todas as visitas, com coeficientes variando entre 0.83 e 0.97. Observou-se uma correlação positiva moderada entre a variabilidade glicémica e os valores de HbA1c em todas as visitas, com coeficientes de correlação variando de 0.50 (visita 5) a 0.62 (visita 3).

Conclusões

A albumina glicada revelou ser um marcador útil na monitorização do controlo metabólico, com uma relação consistente com a HbA1c e glicémia média. Estes resultados sugerem a complementaridade entre HbA1c e AG na avaliação metabólica em indivíduos com DM2.

Avaliação do Burnout entre os médicos de um Serviço de Medicina Interna em Portugal

Rita Ribeiro Vilar; Beatriz Lima; Sofia Ribeiro; Rita Dutschmann; Joana Batista Paulo; Jéssica Oliveira; Luísa Martinho Marques

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE AMADORA/SINTRA

Tema: Outro

Introdução

O *burnout* corresponde a uma síndrome psicológica multifatorial caracterizada por exaustão emocional, desumanização/despersonalização e reduzida realização profissional. Ao longo dos anos um dos focos essenciais do estudo do *burnout* tem sido os fatores que a este estão associados. Profissionais de saúde são especialmente vulneráveis ao desenvolvimento de *burnout* devido ao contacto constante com pessoas debilitadas, relações interpessoais desgastantes e hierárquicas e turnos de trabalho exaustivos. Caso não seja devidamente intervencionado, o *burnout* pode resultar em desgaste cognitivo, emocional e físico, afetando também a qualidade dos cuidados de saúde, aumentando a probabilidade de erros médicos e os custos para os serviços de saúde.

Objetivo

Este estudo pretende avaliar os níveis de *burnout* entre os médicos de um Serviço de Medicina Interna num Hospital em Portugal e a sua associação com variáveis sociodemográficas e laborais.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo observacional, transversal e quantitativo, realizado com médicos pertencentes a um Serviço de Medicina Interna em Portugal. A avaliação deu-se por via de um inquérito online, disponível durante o mês de fevereiro. Foram recolhidas variáveis de natureza sociodemográfica e profissional e os níveis de *burnout* foram estimados utilizando o instrumento mais usado na literatura (*Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey*).

Resultados

Participaram no total 16 médicos, correspondendo a 69% dos médicos integrantes do serviço. Relativamente ao desempenho profissional, 50% trabalhava mais de 50 horas semanais, 62,5% cumpria turnos superiores a 12 horas, 37,5% raramente usufruía de descansos compensatórios/folgas e 56,25% considerava a relação entre vida profissional e pessoal desequilibrada. Além disso, 43,75% já recorreram a apoio psicológico/psiquiátrico devido ao trabalho.

A prevalência de *burnout* foi de 18,75% e 43,75% dos médicos apresentavam um elevado risco de desenvolver esta síndrome. Níveis elevados de exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional foram identificados em 50%, 25% e 50% dos médicos, respetivamente.

Conclusões

Embora a amostra seja reduzida, os resultados evidenciam que o *burnout* é um problema relevante entre os médicos deste serviço, com impacto na sua qualidade de vida e potencial comprometimento dos cuidados prestados aos doentes. A elevada taxa de risco para *burnout* reforça a urgência de implementar medidas preventivas e de suporte, incluindo políticas laborais mais adequadas e apoio psicológico contínuo. Estudos futuros com amostras mais amplas, incluindo outros profissionais de saúde do serviço, são essenciais para compreender melhor a evolução do *burnout* e desenvolver intervenções mais eficazes.

IMAGENS EM MEDICINA





ÍNDICE

- IM0003 - Largada de balões
- IM0008 - Telangiectasia Macularis Eruptiva Perstans - spotlight on cutaneous mastocytosis
- IM0009 - A Morte a Jusante: O Impacto Fatal de um Trombo na Aorta Abdominal
- IM0011 - “FAZER DAS TRIPAS CORAÇÃO” PARA A MELHOR GESTÃO DO DOENTE FRÁGIL
- IM0022 - UM CASO DE PARALISIA SUPRANUCLEAR PROGRESSIVA
- IM0035 - Timoma – uma neoplasia incomum em jovens
- IM0036 - Celulite exuberante do membro inferior
- IM0045 - No trajeto errado: Fístula Esófago-pleural
- IM0055 - Onda de Osborn: Um marcador eletrocardiográfico de hipotermia
- IM0063 - “Pede-lhe só um RX” - achado exuberante
- IM0068 - Sequelas de uma pandemia
- IM0069 - Ferida maligna atípica num doente com cancro do pulmão - gestão numa Unidade de Cuidados Paliativos
- IM0089 - Um sinal para não esquecer
- IM0102 - Coleção Catastrófica
- IM0119 - Bolotas intestinais
- IM0125 - Teve de chegar à veia cava, para soarem os alarmes
- IM0132 - Situs Inversus Totalis: Ilustração Radiológica de uma Anomalia Rara
- IM0137 - Empiema Necessitans
- IM0144 - Trombo ou Vegetação? - um caso clínico
- IM0157 - Quando a doença se revela em exuberância
- IM0161 - Infecção endovascular associada a CVC fragmentado
- IM0162 - Lipoma Endobrônquico
- IM0171 - Quando não é só Esplenomegália
- IM0172 - Linfoma B grandes células com enclausuramento de órgãos abdominais
- IM0179 - Staphylococcus aureus – Uma Ameaça Silenciosa
- IM0185 - Uma das mil e uma causas de eritema facial
- IM0190 - Síndrome de Hakim-Adams : onde uma imagem vale mais do que mil palavras.
- IM0196 - A Pneumonia Criptogénica
- IM0197 - A última toma de ibuprofeno - Síndrome de Lyell
- IM0200 - O Abscesso hepático por Entamoeba
- IM0205 - Flexibilidade demais, intestino de menos!
- IM0212 - Tuberculose pulmonar: uma extensa cavitação
- IM0215 - Abscesso Pulmonar: Importância da Radiografia Torácica na Conduta Clínica
- IM0223 - Entre o epigastro e o retroperitонеu
- IM0229 - Lesão esplénica incerta - quando a imagem não basta
- IM0243 - Cyclophosphamide-induced nail hyperpigmentation during treatment for granulomatosis with polyangitis
- IM0244 - Eritema Multiforme – Múltiplas hipóteses
- IM0248 - Sialoadenite aguda - um efeito raro do contraste iodado
- IM0252 - Tumor Fantasma: Um Achado Radiológico Raro em Paciente com DPOC
- IM0257 - The supporting power of the vertebra(l)
- IM0264 - Uma causa insólita de hemorragia digestiva
- IM0275 - Malformação de Chiari
- IM0280 - Lombalgia em contexto neoplásico

IM0286 - Quando a anatomia não é referência
 IM0296 - Benigno, mas pouco
 IM0303 - BALÕES À SOLTA
 IM0319 - Pneumoperitoneu?! É apenas intestino.
 IM0324 - Neoplasia cavitada do pulmão
 IM0327 - Desvendando o mistério da síndrome da urina roxa
 IM0348 - O pulmão sussurrou... e ninguém ouviu
 IM0354 - Melanoma Maligno com Ferida Maligna: Uma Perspectiva Integrada nos Cuidados Paliativos
 IM0358 - Uma imagem atípica: um caso provável de hemangiomatose esplênica
 IM0365 - Aneurismas Cerebrais múltiplos em doente com drepanocitose, como abordar?
 IM0368 - Melanose Cólica: um achado endoscópico
 IM0402 - Tifu murino: rash cutâneo na base do diagnóstico
 IM0403 - Tumor Indiferenciado Torácico com Déficit de SMARCA4: Um outlier oncológico
 IM0426 - Insuficiência cardíaca idiopática: um fenótipo complexo
 IM0431 - O silêncio do tumor mediastínico
 IM0440 - Disfagia Lusória
 IM0441 - Degenerecência Hepatocerebral: manifestações neurológicas de doença hepática
 IM0442 - Variz esofágica única: entre a anatomia e a patologia
 IM0455 - Intestino dentro da caixa
 IM0480 - Doença De Madelung: Depósitos Lipomatosos Cervicais em Doente com Abuso Crônico De Álcool
 IM0484 - Quando o calor causa dor: um caso de eritromelalgia
 IM0487 - Derrame pleural secundário a reação inflamatória local por hepatocarcinoma: uma associação improvável
 IM0500 - Síndrome de Birt-Hogg-Dubé (BHD): quando os pulmões falam de genética
 IM0519 - Hérnia Hiatal Volumosa: Um Fator Subdiagnosticado na Anemia Crônica
 IM0525 - Sarcoma cardíaco com metastização óssea
 IM0528 - Esclerose de Mönckeberg
 IM0529 - Sarcoma mixóide: um volumoso mas raro tumor
 IM0543 - As Mãos Como Cartão de Apresentação
 IM0561 - Ondas de Osborn em doente com hipotermia grave em contexto de hipotireoidismo inaugural
 IM0568 - Um local raro de hematopoeise extramedular
 IM0597 - Pneumocistose - o último diagnóstico
 IM0601 - Siderose Cutânea Após Administração de Carboximaltose Férrica
 IM0603 - Síndrome de Chilaiditi: a importância do diagnóstico diferencial
 IM0610 - Quisto pulmonar: a propósito de um caso
 IM0618 - Pielonefrites de repetição em doente imunossuprimida – outro fator a considerar?
 IM0632 - Náuseas, Vômitos e Uma Massa Abdominal - Uma Apresentação de Linfoma
 IM0651 - Disseção da aorta: um diagnóstico incomum para um sintoma comum
 IM0654 - Prostatite com Coleção Maciça - A Faísca para uma Infecção Estafilocócica Resistente e Agressiva
 IM0664 - Fúria Linfoproliferativa: Sarcoma de Kaposi Disseminado e Doença de Castleman Plasmacítica
 IM0675 - Artrite Psoriática
 IM0676 - Osteossarcoma: compromisso ósseo agressivo
 IM0677 - Massas no Mediastino Superior: Diagnóstico de Bócio Mergulhante
 IM0692 - Piomiosite por Clostridium perfringens
 IM0694 - Síndrome de Sweet Pós-Infecciosa: Relato de Caso e Importância do Diagnóstico Precoce
 IM0695 - Quisto Gigante Abdominal
 IM0700 - Um glioma que afinal era uma metástase
 IM0733 - Quando o tratamento do varicocelo deixa um rasto...
 IM0745 - Quando a Oncologia se cruza com a Neurologia: um caso crítico
 IM0780 - TEP à vista: a radiografia torácica como pista diagnóstica essencial
 IM0781 - Mieloma múltiplo: uma apresentação clássica
 IM0792 - Para além do granuloma anular disseminado
 IM0805 - Um pâncreas em céu estrelado: a propósito de um caso clínico de pancreatite crônica
 IM0810 - Piotórax - papel essencial do controlo de foco como adjuvante terapêutico
 IM0814 - Pneumotórax espontâneo primário: o morfotipo que deve alertar
 IM0818 - Além das aparências: um caso raro de metástase cutânea de adenocarcinoma do endométrio
 IM0819 - Trombos intracavitários num pós enfarte agudo do miocárdio
 IM0821 - Sinal de Lancisi: o que a Jugular nos conta sobre o coração?

IM0832 - A importância da ecografia pulmonar (POCUS) num caso de pneumonia
 IM0833 - Perónio, um osso dispensável?
 IM0835 - Um achado inesperado num doente em coma
 IM0843 - Pápulas faciais, hematúria ocasional e pneumotórax espontâneo: um caso de Síndrome de Birt Hogg Dubé
 IM0857 - Pulmão de Legionella: o impacto fatal da imunossupressão
 IM0860 - Pioventriculite: Uma Complicação Grave do Abscesso Cerebral
 IM0862 - Síndrome de Ramsay Hunt Após Extração Dentária – Sem Motivo para Sorrir
 IM0865 - Tuberculoma em “cacho de uva”
 IM0871 - “Largada de Balões” - no diagnóstico inaugural de provável neoplasia do colon
 IM0884 - “Crazy paving” no contexto de pneumonite intersticial secundária a bleomicina
 IM0892 - SÍNDROME DE NUTCRACKER: UM DESAFIO
 IM0898 - Doença de Fahr: Quando a Imagiologia Revela o Diagnóstico
 IM0900 - Massa Mediastínica: O Desafio do Diagnóstico Diferencial
 IM0903 - Complicação expectável, mas inesperada
 IM0906 - De ferida descurada a neoplasia preocupante
 IM0910 - Doença de Buerger, um diagnóstico diferencial
 IM0916 - POUCS Comunicação Interventricular adquirida
 IM0917 - Rede de Chiari: achado em POCUS cardíaco
 IM0918 - Quando a Figueira Deixa Marcas: A Importância da história clínica
 IM0929 - Acidente vascular cerebral: quando o terceiro par craniano fica em stand by
 IM0935 - Edema unilateral da língua: uma manifestação rara de angioedema associado a i-ECA
 IM0936 - Lesões improváveis: um diagnóstico de Herpes Zoster
 IM0937 - Aneurisma micótico secundário a endocardite infecciosa – caso clínico
 IM0938 - Angina Bolhosa Hemorrágica
 IM0949 - Quando uma celulite corre mal
 IM0953 - Olhos verdes: genética ou Herpes simplex?
 IM0962 - Doença de Paget do Osso Monostótica
 IM0963 - Apresentação atípica de eritema pérmio
 IM0966 - Dispneia: uma causa abdominal ou abismal
 IM0976 - Omental Cake e Tumor Primário Oculto: Quando a imagem guia a investigação
 IM0986 - Nódulo de Sister Mary Joseph: o primeiro sinal de uma doença maligna avançada
 IM0987 - Fecaloma: apresentação rara de uma complicação geriátrica comum
 IM0988 - Tumor Fantasma
 IM1004 - Ausência das Artérias Cerebrais Médias: Síndrome MOYAMOYA
 IM1005 - DESTRUIÇÃO PULMONAR MACIÇA: UM CASO COMPLEXO DE SILICOSE
 IM1010 - CARCINOMA RENAL COM DIFERENCIAÇÃO SARCOMATÓIDE: UMA RARA APRESENTAÇÃO
 IM1021 - Da cefaleia thunderclap ao diagnóstico de aneurisma basilar gigante: a importância da TC precoce
 IM1029 - Osteomielite Enfisematosa: Imagem de uma entidade rara
 IM1045 - Quando a eletroforese de proteínas traz surpresas
 IM1066 - DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE ANEURISMA AORTA ABDOMINAL INFRARRENAL.
 IM1075 - Um pulmão desnutrido: da anorexia nervosa ao abscesso pulmonar
 IM1094 - Exacerbação de Bronquiectasias em Jovem com Trissomia 21: A Imagem que Conta a História
 IM1104 - Poliartrite gotosa sistémica – uma apresentação exuberante
 IM1108 - Bacteriemia a Staphylococcus aureus com ponto de partida em Celulite exuberante da face
 IM1109 - ASPERGIOSE PULMONAR INVASIVA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO.
 IM1111 - Caso Clínico: AVC como Manifestação Inicial de Leucemia Mieloide Aguda
 IM1127 - Não há dois sem três – Intoxicação Escombróide
 IM1131 - Tumor Fantasma
 IM1133 - Gordura visceral: uma localização “acima” do habitual
 IM1138 - Aneurisma da Aorta Torácica: Além do Risco de Rotura
 IM1139 - Tumor Fibroso Solitário: Entre a Benignidade e a Surpresa
 IM1143 - Desafiando o Inesperado
 IM1160 - Lesões cutâneas como alerta para o diagnóstico de neoplasia primária
 IM1163 - Trombo flutuante
 IM1192 - Cistite Enfisematosa: entidade rara mais frequente nos diabéticos
 IM1196 - Hipercaliemia e ECG – uma etiologia a não esquecer!

IM1200 - Sinal de Atoll em Pneumonia Adquirida na Comunidade
 IM1201 - Uma Tuberculose Pulmonar (bem) cavitada
 IM1210 - Imagem radiológica: abscesso cerebral
 IM1216 - Pulsatilidade abdominal: quando o CDI é o culpado
 IM1225 - Embolia paradoxal iminente: quando a catástrofe “fica à porta”
 IM1226 - Da ITU à coluna vertebral: a propósito de um caso clínico
 IM1227 - “O Quisto de Troia”: quando uma patologia benigna se torna numa ameaça
 IM1228 - Enfisema Bolhoso: Um Obstáculo na Exacerbação da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
 IM1232 - Éctima gangrenoso: um olhar atento
 IM1234 - Tromboembolismo venoso: uma apresentação atípica
 IM1246 - Fungo das cavernas - imagens de Aspergiloma
 IM1258 - Enfisema subcutâneo exuberante em contexto de pneumotórax
 IM1259 - Uma causa incomum de dor torácica
 IM1267 - Linfangite Carcinomatosa: uma complicação inesperada e fatal!
 IM1288 - Entre a calcinose e a esclerose sistémica: um encontro radiográfico
 IM1290 - Pneumatose gástrica em adultos – uma entidade rara
 IM1303 - Acantose Nigricans: quando a pele fala
 IM1324 - Nem sempre são cavitações: a tuberculose pulmonar revelada como hidropneumotórax.
 IM1336 - Varicela: até quando?
 IM1341 - Quem respira torto tarde ou nunca se endireita
 IM1343 - Teratoma com fistulização para víscera oca - uma imagem em Medicina
 IM1350 - Neoplasia simulada: Um caso de silicose pulmonar
 IM1362 - Pneumomediastino: de peito cheio
 IM1364 - Enfisema centrilobular ou centroacinar – Patologia silenciosa
 IM1385 - Quando o derrame pleural esconde um abscesso esplénico
 IM1386 - Quando o Tratamento se Torna um Desafio: Enfisema Subcutâneo Após Colocação de Dreno Tórácico
 IM1404 - Ar Além dos Limites: Desafios Respiratórios na Fibrose Pulmonar Idiopática
 IM1410 - A “Christmassy” X-ray
 IM1417 - Vasculite Lúpica Cutânea: A Pele como Reflexo da Atividade do Lúpus
 IM1418 - Fasseíte não necrotizante após ferida incisa
 IM1421 - Hipocratismo Digital na Fibrose Pulmonar e Insuficiência Cardíaca: Reflexo da Hipoxia Crónica
 IM1426 - Era apenas um pequeno “sinal”...
 IM1427 - Diabetes mal controlada e uma farseíte necrotizante extensa: relato de um caso
 IM1452 - Pulmão Branco por ocupação tumoral
 IM1465 - Linagliptina e Penfigoide Bolhoso: Uma Relação Inesperada?
 IM1475 - Nem tudo é angioedema: um caso de enfisema subcutâneo extenso
 IM1496 - Não se julga o livro pela capa: uma apresentação atípica para o tromboembolismo pulmonar
 IM1539 - Quem vê cara não vê compressão: quando um quisto anexial rouba a cena
 IM1543 - O Enigma da Hemoptise: Cavitação Pulmonar com Nível Hidroaéreo e Derrame Pleural
 IM1562 - The blue man syndrome
 IM1566 - Volumosa cavitação pulmonar
 IM1572 - Tuberculose miliar em doente com COVID19
 IM1573 - O desafio dos exantemas febris
 IM1576 - A importância da semiologia na endocardite
 IM1593 - Cistite enfisematosa: um diagnóstico trágico
 IM1594 - Purple urine bag syndrome
 IM1603 - Endocardite Infecciosa: A resposta está nas mãos... e nos pés
 IM1610 - Nem tudo o que brilha é ouro - Linfoma T cutâneo
 IM1619 - Neoplasia Pulmonar e suas consequências
 IM1622 - Quando a Aorta Decide Seguir Dois Caminhos...
 IM1630 - Uma causa pouco comum de alteração do estado de consciência
 IM1638 - Alojado no ápice: Um caso de Pancoast
 IM1660 - Melanoniquia - uma linha extensa de diagnósticos diferenciais
 IM1675 - Sarcoma de Kaposi disseminado: um diagnóstico atual
 IM1687 - Uma imagem incomum de um hematoma intramural da aorta
 IM1692 - A importância do ecocardiograma no estudo etiológico do AVC
 IM1705 - Pielonefrite Xantogranulomatosa: o rim oculto

IM1725 - Um sinal de “trousseau” incomum
IM1727 - Um caso de eritema pigmentado fixo bolhoso por Paracetamol
IM1728 - Sarcoma de Kaposi pulmonar: imagens de um caso
IM1730 - O que uma lagarta faz...
IM1744 - Situs inversus total: um achado imagiológico raro
IM1747 - Hérnia Diafragmática e Insuficiência Respiratória Global Crônica
IM1759 - LINFOMA DE HODGKIN COM MASSA BULKY MEDIASTÍNICA – uma radiografia
IM1762 - Esquizencefalia na Vida Adulta: Quando a Anomalia Cerebral Passa Despercebida
IM1773 - Fraqueza Súbita nos Membros Inferiores: Da Psiquiatria à Emergência Vascular
IM1779 - PLASMOCITOMA SOLITÁRIO EM ARCO COSTAL – UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM
IM1793 - Quisto Hepático Volumoso: Desafio Diagnóstico e Abordagem Terapêutica
IM1795 - Explosão de ar -Um caso de pneumoperitoneu secundário a neoplasia
IM1803 - Lombalgia misteriosa - doença de Kummel
IM1807 - Quando um Ogilvie se mostra
IM1813 - Bolha de Enfisema Pulmonar - Caso clínico
IM1815 - Prurigo nodular
IM1819 - Síndrome da Veia Cava Superior por Bócio Multinodular
IM1822 - Esofagite Necrotizante Aguda: Um Diagnóstico Desafiante
IM1828 - Hemorragia cerebral unilateral – um caso curioso
IM1834 - Linfoma B difuso de grandes células - Uma forma de apresentação rara
IM1839 - Ondas de Osborn gigantes: um caso de hipotermia grave
IM1857 - Schwannoma no pé esquerdo
IM1859 - Um confundidor na ecografia renal – a importância do doppler
IM1868 - Purple rain - uma urina diferente
IM1878 - Um suspeito pouco frequente
IM1879 - Carcinomatose peritoneal por Pseudomixoma - Ascite Mucínica
IM1880 - Isto não é um coração
IM1883 - Pústulas por Herpes Simplex tipo 1
IM1902 - Dermopatia a hidroxiureia
IM1903 - O que se esconde atrás de um pacemaker?

Largada de balões

Gabriel de Carvalho Ferreira; Marta Sanches; Daniel Castanheira; Vânia Rodrigues Pereira; Margarida Pimentel Nunes; Célia Machado

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

Tema: Doenças respiratórias

Homem de 56 anos, indigente, fumador ativo (40UMA), sem outros antecedentes conhecidos.

Foi trazido ao serviço de urgência pela VMER, após ter sido encontrado caído na rua, com referência a crise convulsiva generalizada. À chegada ao hospital já se apresentava consciente, com Escala de Coma de Glasgow de 15, muito emagrecido, sem outras alterações. Analiticamente sem alterações de relevo. Na radiografia de tórax verificaram-se várias hipotransparências bilateralmente. Para melhor esclarecimento fez TC tórax que mostrou lesão heterogénea lobar superior direita de aspecto necrótico, bem como outras lesões parenquimatosas traduzindo prováveis secundarizações.

Foi internado por suspeita de neoplasia do pulmão metastizada, mas veio a falecer antes de terminar estudo.

Telangiectasia Macularis Eruptiva Perstans - spotlight on cutaneous mastocytosis

Tiago Dias da Costa; José Pedro Reis; Margarida Gonçalo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças raras

A man in his 50s was referred to a dermatology appointment due to multiple, small, violaceous macules on his trunk (figure 1 and 2). He reported a five-year history of episodes of rash and aquagenic pruritus. On physical examination he exhibited urticarial lesions upon the skin in contact with the belt - Darier's sign (figure 3). He underwent a skin biopsy. Histopathology examination revealed a perivascular inflammatory infiltrate. In the immunohistochemical study for C-Kit there was an increase in the number of mast cells (accounting for 35 to 40 cells in high power field), with fusiform morphology and increased dimensions. These findings are consistent with Telangiectasia Macularis Eruptiva Perstans (TMEP), a rare cutaneous mast cell disorder. Bone marrow biopsy showed absence of mast cells proliferation excluding systemic disease, highly associated with TMTP.

A Morte a Jusante: O Impacto Fatal de um Trombo na Aorta Abdominal

Joana Araújo Correia¹; António Leão¹; Vilma Laís Grilo¹; Melanie Serra Ferreira²

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Os eventos trombóticos arteriais, pela sua extensão e rápida evolução, associam-se a elevada mortalidade. Homem, 60 anos, com antecedentes de hipertensão arterial mal controlada e quadro consumptivo em estudo, recorre à Urgência por dor abdominal e vômitos alimentares desde há um dia. Ao exame objetivo, apresentava hipotensão, dor e defesa à palpação abdominal generalizada, extremidades frias e ausência de pulsos femorais. Foi pedida TC abdominal superior que objetivou a presença de trombo ao nível da aorta, com permeabilidade da artéria renal direita e ausência total de contraste inferiormente. Sem indicação cirúrgica, o desfecho foi fatal. O quadro consumptivo e o evento trombótico levantam a hipótese de uma eventual neoplasia subjacente.

“FAZER DAS TRIPAS CORAÇÃO” PARA A MELHOR GESTÃO DO DOENTE FRÁGIL

Joana Araújo Correia; António Leão; Vilma Laís Grilo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

Tema: Medicina geriátrica

Consoante a dimensão, a hérnia do hiato pode ser tanto assintomática como ser causa de diversos sintomas e complicações.

Homem, 78 anos, com múltiplas comorbilidades, foi enviado à consulta para estudo de anemia ferropénica.

Referia cansaço progressivo, singultos persistentes e epigastralgia pós-prandial. Fez ECG que revelou fibrilhação auricular de novo. Realizou TC tóraco-abdomino-pélvica que documentou a presença de volumosa hérnia do hiato esofágico, contendo o fundo e corpo gástrico e ansas intestinais, a condicionar compressão da aurícula esquerda.

Remeto este caso pela dimensão exuberante da hérnia e pelo grande impacto na vida deste doente que, dada a sua fragilidade, não pode ser operado, sendo a gestão da sintomatologia complexa.

UM CASO DE PARALISIA SUPRANUCLEAR PROGRESSIVA

Lueji Aminata Gumbe; Cláudia Diogo; Guilherme Luís; Ana Ponciano; Cátia Faria; Tiago Seco

CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA / HOSPITAL DE SANTO ANDRÉ

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A Paralisia Supranuclear Progressiva (PSP) é frequentemente confundida com a Doença de Parkinson, devido à semelhança da clínica, mas com distinção pelo envolvimento precoce dos movimentos oculares e do equilíbrio.

Homem de 69 anos, com fatores de risco cardiovascular e história de quedas frequentes com agravamento da diminuição da força motora. Neste contexto, é internado por suspeita de AVC. Realizou RM cerebral, imagem com alterações microvasculares isquémicas crónicas, hidrocefalia de pressão normal e redução dimensional do mesencéfalo, destacando-se que a razão mesencéfalo/protuberância é de 0,49 (normal se $> 0,52$). Coexiste concavidade na vertente superior do mesencéfalo, quando visualizado no plano sagital (humming bird sign), bem como aparente perda da concavidade da margem lateral do tegmento mesencefálico (morning glory sign), sendo achados de PSP.

Timoma – uma neoplasia incomum em jovens

Constantin Sitari; Marta Silva Lobo; Rodolfo Almeida; João Pires Santos; Rosario Blanco Sáez

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALGARVE

Tema: Doenças oncológicas

A incidência de timomas é de 0,13–0,26 por 100.000 pessoas/ano, incomuns em jovens e mais prevalentes na quinta e sexta décadas. Podem ser assintomáticos ou com sintomas compressivos locais. Diagnóstico é feito pelos meios de imagem e biópsia. Tratamento é principalmente cirúrgico.

Homem, 34 anos, recorreu ao hospital por tosse irritativa e dispneia com agravamento progressivo. Realizou tomografia computadorizada do tórax que mostrou massa com localização no lobo superior do pulmão esquerdo, envolvendo a língua predominantemente interna, medindo cerca de 12 cm x 6 cm com extensão para o mediastino anterior e superior. Biópsia foi compatível com timoma tipo 3 com 20% de zonas tipo 2. Submetido a tratamento cirúrgico, sem intercorrências.

Celulite exuberante do membro inferior

Constantin Sitari; Marta Silva Lobo; João Pires Santos; Rodolfo Almeida; Rosario Blanco Sáez

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALGARVE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A celulite é uma infeção bacteriana da pele e tecido subcutâneo. Os fatores predisponentes são: lesões cutâneas, linfedema, insuficiência venosa e diabetes mellitus. O diagnóstico é clínico. Tratamento - antibioterapia dirigida contra os microrganismos mais comuns: *S. pyogenes* e *S. aureus*.

Homem, 75 anos, antecedentes de insuficiência venosa. Vinda ao serviço de urgência por edema, eritema e calor do membro inferior direito desde o pé até à raiz da coxa que surgiu após traumatismo. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios. Tomografia computadorizada com angiografia do membro inferior mostrou alterações compatíveis com celulite, sem compromisso vascular. Medicado com ceftriaxona 2g id durante 10 dias com resolução do quadro.

No trajeto errado: Fístula Esófago-pleural

Paula Mesquita; Daniela Ribeiro Alves; Raquel M. Vieira; Sérgio Monteiro; Mónica Mata; João Pedro Fonseca

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO

Tema: Doenças respiratórias

A fístula esófago-pleural é uma condição rara, geralmente causada por trauma, iatrogenia, abscessos pulmonares ou neoplasia do esófago/mediastino.

Trata-se de um homem de 76 anos, com carcinoma epidermóide do esófago médio, com lesão ulcerada circunferencial com redução do lúmen. Um dia após broncofibroscopia, recorreu ao serviço de urgência por tosse e dispneia. Diagnosticada traqueobronquite aguda e iniciada antibioterapia empírica. Por agravamento clínico, realizou TC torácica, que evidenciou empiema volumoso à direita na dependência de trajeto fistuloso esófago-pleural com imagem gasosa (fig1). Este tipo de fístula secundária a fibroscopia, ocorre com maior frequência em doentes com patologia esofágica; é uma complicação potencialmente grave, principalmente quando associada a abscesso ou empiema pulmonar

Onda de Osborn: Um marcador eletrocardiográfico de hipotermia

Raquel Montalvão¹; Cândida Fonseca¹; Alice Sousa¹; Marta Anastácio¹; Helena Sousa¹; Maria Inês Soares¹; Margarida Matias¹; Mariana Silveira Ramos²

¹ CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, EPE / HOSPITAL DE S. FRANCISCO XAVIER

² CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, EPE / HOSPITAL DE SANTA CRUZ

Tema: Doenças cardiovasculares

Apresenta-se o caso de uma mulher de 78 anos que recorreu ao serviço de urgência por disartria com 3 horas de evolução. Admitida na sala de reanimação por temperatura timpânica de 29°C. Realizou ECG que relatava bradicardia sinusal com frequência cardíaca de 42 bpm, bloqueio aurículo-ventricular de 1º grau e ondas de Osborn.

A hipotermia é definida por temperatura corporal inferior a 34°C. A nível cardíaco, afeta a condução do impulso elétrico podendo causar bradiarritmias, prolongamento dos intervalos PR e QT e elevação do ponto J. A deflexão positiva observada no ponto J (ponto de junção do complexo QRS com o segmento ST) produz a onda J ou Onda de Osborn. É mais comumente observada nas derivações D2 e V6 e a sua altura é diretamente proporcional à gravidade da hipotermia. É a alteração eletrocardiográfica mais específica de hipotermia e a sua presença deve levantar essa suspeita.

“Pede-lhe só um RX” - achado exuberante

**Catarina Morete Cabrita; Nuno Amorim; Ricardo Veloso; Ana Simas; Catarina Medeiros;
Joana Bernardino Cardoso; Ana Silveira; Fátima Pinto**

HOSPITAL DISTRITAL DA HORTA

Tema: Doenças cardiovasculares

H, 82 anos internado por PAC com IRT1 com antecedentes de EAM, AVC isquémico, dislipidemia familiar e DRC III.

Rx Tórax à admissão com más condições técnicas pelo que repetiu exame já em internamento, com evidência de achado exuberante, duvidoso quanto à sua origem.

Para melhor caracterização, realizou TC-Tóracoabdominal com contraste com evidência de aneurisma da aorta ao nível da zona 4 de Ishimaru (após emergência da subclávia), com diâmetro máximo de 6,3cm e ao nível da zona 5 (acima do tronco celíaco) com cerca de 5,3cm, encontrando-se recoberto de trombo mural. Também a aorta infrarrenal é aneurismática (>4cm).

Discutido com Cirurgia Vascular que classifica este aneurisma como tóracoabdominal Crawford II e, dada a idade e condição global do doente, optou por abordagem conservadora.

Assim, um achado exuberante compatível com a marcada carga vascular do doente.

Sequelas de uma pandemia

João Pedro Faria; Cláudia Coelho; Eulália Antunes; Rui Jorge Silva; Sofia Caridade; Isabel Silva

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças respiratórias

A fibrose pulmonar pós-COVID-19 é uma entidade ainda pouco caracterizada, mas cuja incidência pode ir até 7% após COVID-19 grave.

Homem, 56 anos, com 2 internamentos prévios em Unidade de Cuidados Intensivos por pneumonia por SARS-CoV-2 em 2020 e em 2023, recorre ao Serviço de Urgência por dispneia com duas semanas de evolução.

Ao exame objetivo, com crepitações tipo velcro bibasais na auscultação pulmonar, sem edemas periféricos.

A angiotomografia computadorizada do tórax revela áreas de vidro despolido bilaterais associadas a reticulação subpleural, mais proeminente nos lobos superiores, sugestivo de fibrose pulmonar incipiente.

Apresentam-se imagens de 2020 (figura 1) e 2024 (figura 2), pela evolução imagiológica.

Ferida maligna atípica num doente com cancro do pulmão - gestão numa Unidade de Cuidados Paliativos

Maria Ferreira de Moraes¹; Patrícia Ramos Dos Santos²; Francisco Luís¹; Luísa Pereira¹

¹ HOSPITAL CUF TEJO

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

Tema: Cuidados paliativos/ Hospitalização Domiciliária

As metástases cutâneas são raras em neoplasias pulmonares (3.4% dos casos). Relata-se o caso de um homem de 85 anos com adenocarcinoma pulmonar, *ad initium* sem metástases à distância, que após dois ciclos de quimioterapia e radioterapia desenvolveu lesões no couro cabeludo. A biópsia revelou neoplasia de alto grau, possivelmente carcinoma indiferenciado/sarcoma. O re-estadiamento mostrou progressão com multimetastização. Devido à hemorragia associada às lesões foi realizada radioterapia hemostática, mas por persistência com queda de hemoglobina, o doente foi internado em cuidados paliativos. Estas imagens revelam metástases no couro cabeludo, que além de serem raras nestes tumores, destacam-se pelo tamanho e hemorragia de difícil controlo.

Um sinal para não esquecer

Sandra Sepúlveda; Monica Spencer Pereira; Ana Carina Baldino; Daria Bem; Catarina Serafim; Maryna Telychko; Pedro Costa

ULSBA BAIXO ALENTEJO

Tema: Doenças respiratórias

Introdução

O sinal do halo inverso é definido como uma área arredondada ou ovalar de opacidade em vidro circundada completa ou parcialmente por um anel de consolidação. Foi descrito inicialmente como sendo específico para pneumonia em organização criptogênica, mas foi posteriormente observado em outras doenças infecciosas.

Mulher 62 anos, com queixas de dispneia aos esforços e toracalgia intensa com irradiação lombar com dois meses de evolução. Realizou TC tórax, densificação de aspecto nodulariforme no lobo inferior direito e no lobo inferior esquerdo área de densificação de aspecto mais serpiginoso e alongado. Não fez medicação.

Dois meses após fez nova TC, à destacar densificação pseudonodulares previamente existente com áreas com preservação do parênquima circundadas por um halo de consolidação de fina espessura que traduzem a presença de sinal halo inverso.

Coleção Catastrófica

Maria de Belém Coelho; Sandra Ganchinho Lucas

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALENTEJO CENTRAL

Tema: Doenças cardiovasculares

Homem de 74 anos, autónomo, enviado ao SU por dor pleurítica, dispneia e tosse produtiva. Antecedentes: disseção aórtica DeBakey tipo I, com implantação de prótese desde o arco aórtico até à íliaca comum com TEVAR e FEVAR em 2023, com infeção protésica sob antibioterapia durante 6 meses. Na admissão pálido, sudorético, com tensão arterial de 95/37mmHg, assimetria de pulsos radiais e dor epigástrica e dorsal esquerda. Analiticamente com leucocitose de 23000 mL, com neutrofilia (21000 mL) e PCR de 29,5 mg/dL. AngioTC com coleção hidroaérea de 2cm de espessura, que rodeia a prótese ao longo de toda a aorta descendente. Transferido para a UCI por choque séptico, com evolução desfavorável e óbito por fístula aorto-esofágica. A infeção protésica após TEVAR é rara, (incidência 1,7%), podendo estar associada a fístulas aorto-esofágicas e tendo uma elevada mortalidade e morbilidade.

Bolotas intestinais

**FABIA CERQUEIRA; Beatriz Pessoa; Ana Cardoso; Sara Sarmento; Valentim Rodrigues;
Joana C. F. Lima; Armando Lopes Bráz**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Mulher, 31 anos, sem antecedentes pessoais, recorre à Urgência por desconforto abdominal com 8h de evolução. Apura-se ingestão de 105 cápsulas de cocaína 24h antes. À admissão, Escala Coma Glasgow 15; hemodinamicamente estável; abdómen distendido e doloroso à palpação dos quadrantes inferiores. Analiticamente, Leucocitose 11300 e proteína C reativa 1,36mg/dL. Realiza Rx Abdómen com imagens ovaladas dispersas por todo o cólon e TC-AP a revelar cólon e íleon distal preenchido por imagens ovaladas e densas – “bolotas”, sem extravasão do conteúdo, associadas a espessamento difuso das paredes da última ansa ileal e ligeira ascite. Ficou internada até eliminação das cápsulas pelo risco de rotura.

Teve de chegar à veia cava, para soarem os alarmes

FABIA CERQUEIRA; Beatriz Pessoa; Alexandra Nobre; Valentim Rodrigues; Joana C. F. Lima; Armando Lopes Bráz

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Mulher, 44 anos, recorre à Urgência por dor torácica; tosse seca; disfagia para sólidos; perda ponderal ~10Kg e tensão cervical com 1 mês de evolução. À admissão, taquicárdica e ingurgitamento venoso jugular bilateral. Analiticamente, LDH 700U/L; sem leucocitose e proteína C reativa 9,61mg/dL. Por Rx Tórax com suspeita de massa mediastínica, realiza TC-Tórax a revelar volumosa (13,7x10cm) lesão mediastínica polilobulada a comprimir a veia cava superior (VCS). Dado quadro clínico e imagiológico sugestivo de síndrome da VCS secundária a doença linfoproliferativa, iniciou corticoterapia e realizou biópsia ecoguiada que identificou Linfoma B de grandes células. A síndrome da VCS requer reconhecimento e intervenção precoces para prevenir complicações.

Situs Inversus Totalis: Ilustração Radiológica de uma Anomalia Rara

Jéssica Oliveira; Mariana Costa; Rita Vilar; Filipa Figueiredo; Joana Paulo

MEDICINA 3 - HOSPITAL PROF. DR. FERNANDO FONSECA - AMADORA/SINTRA

Tema: Doenças raras

O situs inversus totalis é uma condição congénita rara caracterizada pela inversão espelhada dos órgãos toracoabdominais. Apresentam-se duas imagens de tomografia computadorizada (TAC) de um doente adulto com clínica e semiologia típica de apendicite aguda, mas na fossa ilíaca esquerda, que foi inicialmente abordado pela Medicina Interna. Foi assim diagnosticado com esta variante anatómica, evidenciando a inversão completa das estruturas torácicas e abdominais. A relevância destas imagens reside na importância do reconhecimento radiológico desta condição, uma vez que pode ter implicações significativas na abordagem clínica e cirúrgica.

Empiema Necessitans

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

Hospital da Luz Arrabida

Tema: Doenças respiratórias

Introdução

O empiema necessitans (EN) é uma complicação rara do empiema pleural, caracterizada pela extensão da infeção purulenta da cavidade pleural para os tecidos adjacentes, com possibilidade de fistulização cutânea espontânea.

Caso clínico

Homem, 53 anos, trauma tóraco-abdominal direito por esmagamento com lesão hepática, hemotórax direito, rotura diafragmática, contusão pulmonar, fratura de arcos costais 5-10º e processos transversos L1-L2. Fez pack hepático, resseção hepática de VI/VIII, colocação de dreno torácico e rafia diafragmática. VATS com limpeza pleural e antibioterapia. Cerca de 3 meses depois, evolução com empiema pleural direito com fistulização cutânea (EN), isolamento de *Pseudomonas aeruginosa* no líquido pleural. Limpeza cirúrgica por minitoracotomia e drenagem, seguido de 28 dias de antibioterapia com piperacilina/tazobactam.

Trombo ou Vegetação? - um caso clínico

**Cláudia Abreu de Jesus; Matilde Couto; Bárbara Silva; Pedro Guerreiro; Filipe Filipe;
Margarida Cortes; Luís Cuña**

HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem 71 anos, com DM2, HTA, portador de pacemaker, AVC isquémico 2021. Vem por toracalgia, cansaço para pequenos esforços, epigastria e vômitos com 5 dias evolução. À observação hemodinamicamente estável, eupneico, apirético, abdómen doloroso. Na TC-AP doença ulcerosa péptica. Por aumento parâmetros inflamatórios, colheu hemoculturas e iniciou piperacilina/ tazobactam. Internado para estudo etiológico, quando desenvolve toracalgia com alterações da condução e da repolarização ventricular no ECG, D-dímero elevado. Em D7 antibiótico, com febre, hipertensão, alcalémia respiratória e hipoxémia, fez Angio-TC com TEP, derrame pleural e suspeita de pericardite; bem como ecoTT com massa intraventricular 30x36mm adjacente ao eletrocatéter. Admitida endocardite infecciosa, iniciando antibioterapia dirigida com etiologia confirmada por PET-FDG cardíaca.

Quando a doença se revela em exuberância

Jéssica Marques; André Carlos Coelho; Regina Costa; Isabel Fonseca; Lèlita Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

Sexo feminino, 74 anos, auxiliar de limpeza em ERPI, com queixas de tumefação supraclavicular direita dolorosa e sudorese noturna. Ao exame objetivo, destacavam-se duas adenopatias de localização supraclavicular e cervical direitas, de consistência fibroelástica, não aderentes aos planos profundos e com sinais inflamatórios. Na TC apresentava múltiplas adenopatias laterocervicais direitas necrosadas, sem alterações pulmonares. A biópsia aspirativa por agulha fina identificou *M. tuberculosis complex*. A adenite tuberculosa corresponde à forma mais frequente de tuberculose extrapulmonar sendo que com a alteração do PNV e os fluxos migratórios, poderá ser mais frequente observar esta infeção no futuro.

Infeção endovascular associada a CVC fragmentado

Carolina Basílio Lemos; Rui Carneiro; Luís Magalhães; Pedro Braga; Maria Inês Risto; Gonçalo Fonseca; Rafaela Ribeiro; Nuno Moreira

HOSPITAL DA LUZ ARRABIDA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Caso clínico

Mulher de 72 anos com adenocarcinoma de canal anal, sob quimioterapia. Extrusão do reservatório de cateter venoso totalmente implantado (CVCTI). Remoção cirúrgica, complicada por fratura do ramo distal do cateter, migração intra-cardíaca e veia cava inferior (*Imagem 1*). Quadro febril após manipulação de CVCTI. Assumida infeção endovascular, iniciada antibioterapia e removido o remanescente do CVCTI por abordagem endovenosa femoral com controlo fluoroscópico (*Imagem 2*). Boa evolução.

Este caso mostra uma complicação rara de CVC de longa duração, exigindo uma abordagem mais invasiva e em equipa multidisciplinar. Sinaliza a importância da co-gestão internista em doentes oncológicos e da resposta atempada a complicações de risco vital.

Lipoma Endobrônquico

Daniela Capela Pereira; Ada Monteiro Santos; Luís Lázaro; Leonor P. Silva

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Doenças respiratórias

Homem de 77 anos em estudo na consulta por lesão infiltrativa em T5. Sem sintomas ou antecedentes de relevo. TC TAP para rastreio de neoplasia primária oculta descreve formação nodular de baixa densidade no lúmen do brônquio segmentar basal-lateral do lobo inferior direito sugestiva de lipoma.

O lipoma endobrônquico é um tumor benigno raro (0,1-0,5% dos tumores pulmonares), mais frequente no sexo masculino na 5ª-6ª década. Clinicamente pode apresentar-se com sintomas respiratórios (tosse, dispneia) ou pneumonias recorrentes causadas por obstrução brônquica. O diagnóstico é feito por TC torácica ou por broncofibroscopia e confirmado por biópsia. A resseção endoscópica é o tratamento preferencial, podendo prevenir as complicações supracitadas.

Quando não é só Esplenomegália

Ana Santos Costa; Marco Cristo Tomaz; Daniela Brigas; Cristina Lopes; Eugénio Dias; Ermelinda Pedroso

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA ARRÁBIDA

Tema: Doenças oncológicas

Homem 86 anos, autónomo, referenciado(2014) à consulta de medicina interna por esplenomegália 15cm (sem outros sinais/sintomas) com hábitos etanólicos(600g/dia até 2015) e anemia ligeira. Manteve-se analítica e imagiológicamente estável. Em 2022 referenciando à hemato-oncologia por esplenomegália de 19cm, anemia ferropénica e trombocitopenia (EDA e colonoscopia sem alterações). Realizou mielograma e biópsia óssea sendo diagnosticado: síndrome mieloproliferativo crónico (mutação JAK2 positiva); iniciou ruxitinib. Em 2023 transformação leucémica da doença (esplenomegália 28cm). Por anemia, leucocitose e trombocitopenia iniciou hidroxiureia. Apresentamos este caso pelo repentina evolução da doença com o falecimento do doente (2024), após vários anos de estabilidade.

Linfoma B grandes células com enclausuramento de órgãos abdominais

Cristiana Malhó

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE LEIRIA

Tema: Doenças hematológicas

Homem, 30 anos, saudável.

Internamento em janeiro/2025 por quadro de vômito alimentar não bilioso e não hemático, não relacionado com a ingestão alimentar e dor abdominal tipo moinha na região peri-umbilical à esquerda. Diagnóstico inaugural de HIV inaugural e em tomografia computacional, “ massa com cerca de 10x6.5cm no flanco esquerdo, inferiormente ao baço. Na escavação pélvica verifica-se uma lesão semelhante com cerca de 14x11cm no plano axial e aproximadamente 17cm no plano sagital, localizada anteriormente ao reto e acima da bexiga.”

Diagnosticado com Linfoma de células B de alto grau SOE com rearranjo isolado do MYC, no contexto de HIV. Iniciada terapêutica com R-CHOP, complicada por perfuração de íleo terminal em D4 de quimioterapia, sendo submetido a Enterectomia segmentar + ileostomia terminal, com melhoria das dores abdominais.

Staphylococcus aureus – Uma Ameaça Silenciosa

JOÃO FAIA; Margarida Resendes; Margarida Midões; Ana Sofia Pimenta; Ana Sofia Martins

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem de 89 anos, internado por infeção urinária e insuficiência cardíaca descompensada. A urocultura revelou *Staphylococcus aureus*, levando à colheita de hemoculturas que confirmaram bacteriemia. A ecocardiografia excluiu endocardite. No internamento, identificados múltiplos focos metastáticos, incluindo empiema pleural, diagnosticado após insuficiência respiratória refratária a diuréticos, e espondilodiscite D12-L1 com abscessos psoas-ilíacos e envolvimento epidural, detetados por ressonância magnética na sequência de dorsolombalgia ao iniciar o levantar e da persistência de parâmetros inflamatórios elevados. O caso realça a virulência do *S.aureus* e a importância de rastrear a sua disseminação hematogénica, sobretudo em doentes vulneráveis.

Uma das mil e uma causas de eritema facial

Rita Magalhães; Ana Maria Carvalho; Pedro Sá Almeida; Tiago Silveira Rosa; Pedro Eliseu; Ana Governo Ribeiro; Joana Janela Jacinto; Beatriz Exposito

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Tema: Outro

Paciente do sexo masculino, 77 anos. Internado com pneumonia adquirida na comunidade e tratado empiricamente com ceftriaxona e azitromicina. Imediatamente após o ciclo de ceftriaxona, desenvolveu eritema facial sem febre ou leucocitose, apenas com eosinofilia ligeira. Outras causas de eritema facial foram excluídas, incluindo síndrome de DRESS, dermatomiosite, síndrome de pele escaldada e síndrome da veia cava superior. Diagnosticou-se, por exclusão, reação cutânea tardia à ceftriaxona, que evoluiu para eritema descamativo, e melhorou após curto ciclo de corticosteroides sistémicos. O início de sintoma após o término da terapêutica é característico das reações alérgicas às cefalosporinas.

Síndrome de Hakim-Adams : onde uma imagem vale mais do que mil palavras

Rita Magalhães; Ana Maria Carvalho; Pedro Sá Almeida; Tiago Silveira Rosa; Pedro Eliseu; Ana Governo Ribeiro; Joana Janela Jacinto

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Sexo feminino, 76 anos de idade, internada no serviço de Ortopedia por uma fratura do colo do fémur com necessidade de colocação de prótese total da anca, foi pedida colaboração interna de Medicina Interna. Na observação da doente objetivou-se um quadro demencial com períodos de confusão, uma ataxia da marcha e incontinência urinária, aliada a uma hiponatremia grave. Foi pedida uma TAC de crânio onde foi objetivada uma ventriculomegália exuberante com critérios de hidrocefalia compensada, demonstrando cronicidade. A síndrome de Hakim-Adams é caracterizada pela tríade de demência, ataxia da marcha e incontinência urinária, sendo obrigatória a triade destes sintomas para suspeita e diagnóstico de hidrocefalia progressiva, podendo ser resolúvel através de intervenção cirúrgica. Neste caso particular, a cronicidade da clínica não motivou a intervenção cirúrgica.

A Pneumonia Criptogénica

Tânia Pereira da Silva; Patricia Brito; Joana Rego; Rosa Margarida Cardoso; Helena Sarmento; Jorge Cotter

CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE, EPE / HOSPITAL DA SENHORA DA OLIVEIRA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Mulher, 75 anos, autónoma, com história de **múltiplas infeções respiratórias nos 2 meses prévios**, tratadas com vários ciclos de antibioterapia. Recorreu ao SU por **tosse seca, dispneia e febre com 3 dias de evolução**, associadas a **subida dos parâmetros inflamatórios**. A **TC torácica** revelou **múltiplas condensações peribroncovasculares**. A **broncofibroscopia** foi normal e a **lavagem broncoalveolar e biópsia transtorácica** foram compatíveis com **pneumonia Criptogénica (POC)**. Cumpru **7 dias de Piperacilina/Tazobactam** e iniciou **corticoterapia em desmame por 6 meses**, com **boa evolução clínica e imagiológica**.

A **POC** é uma **doença pulmonar intersticial rara**, frequentemente confundida com **pneumonia bacteriana**, podendo ser **idiopática ou secundária**.

Figura1: Comparação entre a **TC torácica à admissão (A)** e a **TC torácica de reavaliação (6 meses)** com regressão completa.

A última toma de ibuprofeno - Síndrome de Lyell

Tânia Pereira da Silva; Patricia Brito; Maria Luis Santos; Ussumane Embaló; Magda Fernandes; Emilia Lopes; Jorge Cotter

CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE, EPE / HOSPITAL DA SENHORA DA OLIVEIRA

Tema: Outro

Homem, 71 anos, dependente, trazido ao SU por prostração, gemido e febre com 1 semana de evolução, com toma alternada de paracetamol e ibuprofeno. Dois dias após o início do quadro, surgiram flictenas com perda progressiva de pele, atingindo 70% da superfície corporal (membros, dorso, tórax e face posterior do saco escrotal). Sinal de Nikolsky positivo. Contactada a unidade de queimados, priorizando medidas de conforto. Iniciou fluidoterapia, assepsia e analgesia, mas apresentou evolução desfavorável, com óbito ao 2º dia.

O Síndrome de Lyell (Necrólise Epidérmica Tóxica) é uma reação cutânea grave e rara, geralmente induzida por fármacos, associada a elevada morbimortalidade. O ibuprofeno está mais frequentemente implicado do que o paracetamol.

Figura1: As imagens A; B e C evidenciam descolamento epidérmico nos membros inferiores e dorso.

O Abscesso hepático por Entamoeba

Tânia Pereira da Silva; Leticia Leite; Patricia Brito; Diane Pimenta; Ines Ferreira; Filipe Gonçalves; Helena Sarmento; Jorge Cotter

CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE, EPE / HOSPITAL DA SENHORA DA OLIVEIRA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem, 43 anos, autónomo. Fumador (30 UMA). Hábitos etílicos (80g álcool/dia), residente em roulotte sem acesso a água potável. Recorreu ao SU por dor abdominal no quadrante inferior esquerdo, irradiando para o direito, agravada à palpação, associada a febre com 2 dias de evolução. A CPRM revelou 3 abscessos hepáticos (58 mm no segmento VII, 31 mm no segmento VI e 25 mm no segmento IV). Iniciou ceftriaxone e metronidazol. O parasitológico de fezes identificou cistos de *Entamoeba histolytica*. Foi submetido a drenagem do maior abscesso e iniciou paromomicina 30 mg/kg/dia por 10 dias, com evolução favorável. A *E. histolytica* é um protozoário causador de amebíase, podendo evoluir para abscessos hepáticos, sendo o diagnóstico baseado em exame de fezes e testes serológicos.

Figura 1: Evolução do maior abscesso hepático (VII): A - **TC Abdominal inicial. B - CPRM. C-TC abdominal (após 3 meses)**

Flexibilidade demais, intestino de menos!

Ana Governo Ribeiro; Pedro Eliseu; Joana Janela Jacinto; Tiago Silveira Rosa; Carolina Queijo; Ana Maria Carvalho; Pedro Sá Almeida; Rita Magalhães; Beatriz Exposito

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Jovem, 19 anos, seguida por diarreia recorrente e clínica crónica de dores articulares. Internamento prévio com isolamento de *Clostridioides difficile* e adenovirus. Ao exame, objetivada hiper mobilidade articular das interfalângicas, punhos, joelhos, ancas e tornozelos, pontuando 7 na escala de Beighton. História de múltiplas luxações não traumáticas na infância, com reversão espontânea. Analiticamente com ferro penia e défice grave de ácido fólico. Estabelecido diagnóstico clínico de Síndrome de Ehlers-Danlos Hiper móvel (hEDS), com referência para equipa multidisciplinar.

Os autores ressaltam que a hEDS apresenta cerca de 37% mais probabilidade de alterações gastrointestinais, com variáveis graus de complexidade, relativamente à população em geral. Pelo que, este diagnóstico clínico não deve ser considerado apenas uma curiosidade diagnóstica.

Tuberculose pulmonar: uma extensa cavitação

ANA RITA TOMÁS; Sara Vieira Bernardo; Constança Coutinho; Rúben Silva Costa; Jéssica Oliveira; Daniela Madeira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE AMADORA/SINTRA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem 23 anos, sem antecedentes conhecidos. Recorreu ao serviço de urgência por dispneia, tosse produtiva, toracalgia pleurítica à esquerda, sudorese noturna e perda ponderal de 20kg com 2 meses de evolução. À admissão, apresentava-se caquético e com murmúrio vesicular diminuído à esquerda à auscultação pulmonar. Analiticamente com hemoglobina 8,1g/dL, leucócitos 10800U/L e PCR 11,9mg/dL. Radiologicamente com extensa cavitação no lobo superior esquerdo e inúmeras outras extensas opacidades alveolares consolidativas cavitadas bilateralmente. O exame microbiológico da expectoração evidenciou bacilos álcool-ácido resistentes e PCR *Mycobacterium tuberculosis* positiva. Diagnosticou-se assim tuberculose pulmonar e o doente iniciou terapêutica anti bacilar com melhoria clínica e analítica.

Abscesso Pulmonar: Importância da Radiografia Torácica na Conduta Clínica

Didier Martinez¹; Elizabete Jorge¹; Liliana Freitas²

¹ CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA / HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

² ULS COVA DA BEIRA

Tema: Doenças respiratórias

Doente admitido por síndrome febril com 4 dias de evolução, associado a mialgias e cefaleia, com antecedente relevante de poliartralgia sob metotrexato. Ao exame objetivo sem alterações significativas, apirético. Analiticamente, reação inflamatória discreta (PCR 22,74 mg/dL), sem leucocitose ou neutrofilia.

A radiografia torácica inicial (imagem 1) revelou nível hidroaéreo no campo pulmonar direito, compatível com abscesso pulmonar. Após 13 dias de antibioterapia com amoxicilina e ácido clavulânico, apresentou evolução favorável e estabilidade clínica. A radiografia de controlo (imagem 2) evidenciou redução do nível hidroaéreo e regressão da lesão pulmonar.

As radiografias torácicas foram determinantes no diagnóstico, orientação e monitorização da terapêutica, destacando assim a importância da correlação clínico-radiológica neste quadro clínico.

Entre o epigastro e o retroperitoneu

Beatriz Gomes Rosa; Daniel Rodrigues; Daniel Martins; Carla Lemos Costa; Marinha Silva; Carlos Oliveira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BARCELOS/ESPOSENDE

Tema: Doenças oncológicas

O schwannoma é um tumor raro das células de Schwann, sendo a apresentação retroperitoneal pouco frequente. Evolui com crescimento lento e geralmente é assintomático. O tratamento de eleição é cirúrgico, tendo bom prognóstico na maioria dos casos.

Mulher de 74 anos, com dor epigástrica com 1 semana de evolução. Do estudo, tomografia computadorizada abdomino-pélvica com lesão nodular sólida retroperitoneal, adjacente à veia cava inferior e em contacto com duodeno, com dimensões 43x42x52mm; ressonância magnética com massa bem definida, com sinal heterogéneo, hiperintensa em T2; tomografia por emissão de positrões (PET) sem focos de captação anómala que sugerissem doença com atividade catecolaminérgica. Submetida a exérese da massa, com confirmação anatomopatológica de schwannoma.

Lesão esplénica incerta - quando a imagem não basta

Beatriz Gomes Rosa; Carolina R. Oliveira; Ignacio Fontan; Carla Lemos Costa; Marinha Silva; Carlos Oliveira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BARCELOS/ESPOSENDE

Tema: Outro

Os nódulos de Gamna-Gandy são lesões esclero-hemorrágicas do baço, causadas por micro-hemorragias e deposição de ferro, cálcio e hemossiderina. Associam-se a congestão esplénica crónica, sendo comuns na hipertensão portal, doenças hematológicas, doenças de depósito e infeções crónicas.

Homem de 50 anos, seguido por quadro constitucional com 9 meses de evolução e tomografia com lesão esplénica de 8x8cm a favor de quisto hidático. Realizada ressonância magnética que confirmou lesão heterogénea vascular, sugestiva de transformação nodular angiomatóide esclerosante. Dada dúvida etiológica, tamanho da lesão e quadro clínico, decidido realizar esplenectomia. A histologia foi compatível com nódulos de Gamna-Gandy.

Cyclophosphamide-induced nail hyperpigmentation during treatment for granulomatosis with polyangiitis

Milton Rosa; Catarina Lopes; Diana Marques; Teresa Fonseca; Liliana Santos

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, EPE / HOSPITAL DE SANTA MARIA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Cyclophosphamide, an alkylating agent used for cancer, renal diseases, and systemic vasculitis, can rarely cause nail discoloration. We report a 73-year-old woman diagnosed with granulomatosis with polyangiitis, presenting with hematuria, proteinuria, anasarca, and elevated serum creatinine. She was treated with high-dose steroids and cyclophosphamide. Three months later, blue-gray pigmentation appeared on all fingernails, progressing from proximal to distal. The discoloration resolved after discontinuing cyclophosphamide. Though the exact cause is unclear, potential mechanisms include drug toxicity, genetic factors, photosensitization, or melanocyte stimulation. This case highlights the importance of recognizing drug-related toxicities, enabling early diagnosis, and preventing unnecessary investigations.

Eritema Multiforme – Múltiplas hipóteses

**Isabel V. Rodrigues; Elena Rios; Claudia Gaspar; Joana Oliveira; Cláudia Fitas;
Ana Pimenta de Castro; Catarina Hilário Mendonça; Diana Briosas Reis**

HOSPITAL DE FARO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Homem, 48 anos, antecedentes tabagismo e etilismo, rash cutâneo com 2 semanas, lesões em alvo anelares de bordo eritematoso poupando face, palmas e plantas. Perda de 15kgs numa semana. Sem mais sintomas. Episódio semelhante anterior autolimitado. Também escleróticas ictéricas, hepatomegalia e ginecomastia. Analiticamente alteração da função hepática e ANA positivo padrão mosqueado grosseiro (AC-5). Ecografia e TAC abdominal com esteatose hepática. Fez Prednisolona 1mg/kg com desmame, melhorou mas manteve lesões. Pela hipótese de Lúpus Sistémico Eritomatoso iniciou plaquinol 400mg /dia. Re-observado após 1 mês com manutenção de sintomas. Biópsia cutânea: Pitiríase Liquenoide Aguda. Regressão completa espontânea. Imagem importante no reconhecimento de sinal/sintoma e na diferenciação clínica.

Sialoadenite aguda - um efeito raro do contraste iodado

INÊS SOUSA MIRANDA MENDES SILVA; Kristoffer Brustad; Raquel Domingos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LISBOA OCIDENTAL

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Descrição do caso

Homem de 77 anos, doença parkinson em investigação.

Tumefacção submandibular aguda 12 horas após a realização de cintigrafia cerebral (DATscan).

Analiticamente função renal normal.

TC do pescoço: sialoadenite submandibular sem sinais de obstrução ou cálculos.

Admitida sialoadenite pós-contraste.

Enquadramento

A sialoadenite é um efeito adverso raro da administração de contraste com iodo. A fisiopatologia não está totalmente esclarecida, assumindo-se provável reacção inflamatória a nível das glândulas submandibulares, sendo mais frequente em doentes com insuficiência renal. Trata-se de uma situação benigna e auto-limitada.

Relevância da imagem

O caso destaca a importância deste diagnóstico no diferencial de massas cervicais em contexto de urgência, sensibilizando os profissionais para a sua existência.

Tumor Fantasma: Um Achado Radiológico Raro em Paciente com DPOC

Carolina Almeida Robalo; Ana Teixeira Reis; Letícia Garcia Naben; Margarida Neto; Pedro Carreira; Ermelinda Pedroso

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA ARRÁBIDA

Tema: Doenças respiratórias

O “fantasma” das certezas diagnósticas em detrimento de uma avaliação clínica mais cuidadosa leva a uma solicitação excessiva de exames de imagem. O tumor fantasma é um achado radiológico incomum, mas sempre inquietante, caracterizado por um derrame pleural loculado na cisura pulmonar, que pode mimetizar uma lesão tumoral. Apresenta-se o caso de um homem de 70 anos, com diagnóstico de DPOC, que apresentou exacerbação com tosse produtiva e dispneia. A radiografia torácica evidenciou uma opacidade lentiforme no hemitórax pulmonar inferior direito. O reconhecimento dessa condição é essencial para evitar investigações e tratamentos desnecessários.

The supporting power of the vertebra(I)

Ana Reis¹; Manuel Monteiro²; Luís Dias²

¹ HOSPITAL DE SÃO JOSÉ

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças cardiovasculares

A 72-year-old man with a prior history of hypertension and smoking, presented with left central facial palsy since the previous day and complaints of dizziness for a few months. On physical examination, low pulse amplitude was found on the right upper extremity and a differential of 30 mmHg in arterial blood pressure between arms. Thoracic CT angiography showed a stop sign at the emergence of the right subclavian artery and an enlargement of the right vertebral artery, compatible with subclavian steal syndrome type III. This syndrome, affecting mostly males over the age of 50, is associated with atherosclerosis, presenting usually as dizziness/ vertigo, arm claudication, or as a transient ischaemic attack or stroke, in extreme cases. The treatment consists of lifestyle changes, antiplatelet medication, and targeted cardiovascular risk factor management.

Uma causa insólita de hemorragia digestiva

Maria Francisco; Carlota Laland; Jorge Salsinha Frade; Maria Meneses Rebelo; Inês Fiúza M. Rua; Ana Catarina Pina Pereira; Mafalda Leal; Luís Coelho; Carolina Paula; Verónica Gamelas; Joana Saiote; Sofia Salvo; Beatriz Barata; Madalena Lisboa

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ/HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Homem, 74 anos, com síndrome demencial, gastropatia eritematosa do antro e anemia crónica. Internado por quadro confusional agudo em contexto de urossépsis; sob enoxaparina profilática e ácido acetilsalicílico. Ao 14º dia de internamento, apresentou agudização de anemia, com queda de hemoglobina de 7 para 5.9 g/dL, sem registo de perdas hemáticas objetivadas. O estudo endoscópico mostrou duas erosões com ponteados ferruginosos na transição corpo-antro e, no cólon transversal, corpo estranho potencialmente lacerante (blister de comprimido). Esta imagem representa uma causa de hemorragia digestiva que teria sido evitada com a adequada supervisão da toma de medicação em internamento.

Malformação de Chiari

Margarida Santos; Pedro Laranjo; Valentyn Roschkulets; Luísa Alvarenga; Alexey Shigaev; Henrique Rita

HOSPITAL LITORAL ALENTEJANO

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Mulher de 39 anos, sem antecedentes relevantes, que recorre ao serviço de urgência por cefaleias intensas occipitais com agravamento com a tosse e os movimento de rotação da cabeça, e que não cediam a analgesia, bem como queixas de visão turva com 3 meses de evolução e agravamento progressivos. Sem sinais focais ao exame neurológico. Tomografia Computorizada Cranioencefálica (TC-CE) a demonstrar “(...) herniação das amígdalas cerebelosas através do foramen magnum, atingindo o nível do arco posterior de C1 (...)”. Realizou Ressonância Magnética Cranioencefálica que confirmou Malformação de Chiari tipo I, tendo sido encaminhada posteriormente para observação por parte da equipa de Neurocirurgia.

Lombalgia em contexto neoplásico

Diogo Spínola; Ana S. Pimenta; Ana Barradas; Maria I. Fonseca; Margarida M. Almeida; Margarida Resendes; Carolina Amado; Susana Cavadas

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO

Tema: Doenças oncológicas

Mulher de 58 anos, autónoma. Recorreu ao serviço de urgência por lombalgia mista à direita, com 4 meses de evolução e agravamento progressivo: má resposta a analgesia e à acupuntura. Nega perda ponderal ou outra sintomatologia associada. Realizou TAC toracoabdominal com descrição de volumosa lesão tumoral (16x12x11cm), sólida heterogénea e com captação de contraste, que se inicia ao nível do plano perihilar torácico inferior direito, e que se estende inferiormente ao longo das goteiras paravertebrais no retroperitoneu posterior até ao rim direito desviando este órgão no sentido anterior; contacta medianamente com vértebras dorsais e lombares proximais com compressão radicular. Biópsia: neoplasia maligna pouco diferenciada: sarcoma.

Quando a anatomia não é referência

**Pedro Dias Dos Santos; João Azeredo Costa; Carolina Cardoso; Ana Luísa Pitorro;
David M. Furtado; Beatriz Luís Lopes; Daniel Veiga; Mariana da Silva Alves; Marta Amaro**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO

Tema: Outro

As referências anatómicas ainda são o principal guia na realização de procedimentos com intuito diagnóstico ou terapêutico.

Homem de 89 anos asmático e com escoliose dorsolombar recorreu ao SU por dispneia.

A avaliação clínica e Rx torax foram compatíveis com volumoso derrame pleural à direita

A TAC torax revelou uma distorção significativa da anatomia torácica em relação com importante escoliose dorsolombar, impossibilitando a realização de toracocentese com segurança com base apenas em referências anatómicas.

Neste sentido a presença de um elemento com competência em ecografia permitiu realizar toracocentese (diagnóstica e evacuadora) ecoguiada com sucesso.

Benigno, mas pouco

SOFIA ALEXANDRA COSTA OLIVEIRA PERESTRELO LIMA; Catarina Branco; Sara Vasconcelos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ENTRE DOURO E VOUGA

Tema: Doenças renais

Os quistos renais são as lesões renais mais prevalentes. A maioria é benigna, não interferindo na qualidade de vida do doente. No entanto, alguns quistos renais podem ter complicações letais. Reportamos um caso de um doente de 79 anos, com antecedentes de Insuficiência Cardíaca e com um quisto renal esquerdo previamente conhecido, em vigilância pelo MGF, com 20cm na última avaliação. O doente recorreu ao serviço de urgência por dispneia e edema progressivo dos membros inferiores com 2 semanas de evolução. A imagem realizada demonstrou um quisto heterogéneo, com 25x23x37cm, que comprimia as estruturas adjacentes, agravando o edema do doente. Dado o risco de aumento significativo das suas dimensões, potenciando a compressão de estruturas e dificultando a gestão de outras doenças crónicas, os quistos renais devem ser monitorizados atentamente.

BALÕES À SOLTA

**Maria Candeias; Íris Galvão; Rafaela Magalhães; Raffaele Aliberti; José Morgado Pereira;
João Manuel Silva; Luís Vale**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças oncológicas

O adenocarcinoma do pulmão representa cerca de 40% dos tumores malignos do pulmão. Cerca de 50% dos doentes apresentam metástases à data de apresentação, sendo o pulmão dos locais mais comuns. Homem de 61 anos, não fumador, recorre ao serviço de urgência por tosse seca, um episódio de hemoptise e perda ponderal. O raio X de tórax apresentava imagens nodulares sugestivo de padrão miliar. Realizou TC de corpo que demonstrou lesão infiltrativa no lobo superior direito, com padrão “largada em balões” e provável metástase em D12. Realizou biópsia de D12 que revelou adenocarcinoma.

Pneumoperitoneu?! É apenas intestino

João Miguel Mendes Coelho; Ricardo Velho; Joana Coelho; Lèlita Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Outro

Introdução

Um homem de 79 anos recorreu ao Serviço de Urgência após contacto accidental de produto cáustico com a mucosa oral. Na radiografia do tórax verificou-se a presença de uma ansa intestinal entreposta entre o fígado e o diafragma, compatível com o síndrome de Chilaiditi. Este é um achado imagiológico tipicamente incidental, raro (incidência 0.025-0.28%¹), benigno, que geralmente não causa sintomas e nem requer tratamento dirigido. No entanto, esta síndrome pode ser confundido com condições mais graves, como o pneumoperitoneu, e levar à realização de procedimentos desnecessários e que acarretam morbilidade evitável.

1 – Nair et al, Colonic Interposition between the Liver and Diaphragm: “The Chilaiditi Sign”, Can J Gastroenterol Hepatol, 2016:2174704.

Neoplasia cavitada do pulmão

Rita Menezes Azevedo; Ana Rita Antunes; Juliana Silva; Lígia Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Doenças oncológicas

Homem, 65 anos, seguido em consulta de Medicina Interna por cirrose hepática multifatorial de etiologia alcoólica + VHC, Child-Pugh A. A salientar diabetes tipo 2 e tabagismo >50UMA. Queixas de astenia e perda ponderal. Do estudo, TC tórax com lesão pulmonar cavitada no lobo superior direito e adenopatias suspeitas. Realizou biópsia transtorácica que mostrou carcinoma epidermoide PD-L1 negativo.

Salienta-se com este caso a importância do diagnóstico diferencial de lesões pulmonares cavitadas dada as múltiplas etiologias infecciosas e não infecciosas potencialmente envolvidas, nomeadamente neoplasia. Dada a inespecificidade da sintomatologia neste caso, em doente com múltiplos fatores de risco e estado de imunossupressão, a exclusão de causas infecciosas nomeadamente de agentes oportunistas como *M. tuberculosis* ou *Aspergillus fumigatus* revelou-se essencial.

Desvendando o mistério da síndrome da urina roxa

Mariana Gaspar; Beatriz Correia; Joana Silva; Rui Malheiro; Mariana Marques Silva

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A Síndrome da Urina Roxa é uma entidade rara em doentes obstipados com cateterização urinária prolongada, aqui ilustrada num doente de 78 anos com história de acidente vascular cerebral, admitido no serviço de urgência por prostração. A coloração roxa no saco coletor confirmou associar-se a infeção do trato urinário por *Escherichia Coli*. O triptofano é convertido pela microbiota intestinal em indol e posteriormente em sulfato de indoxil no fígado. Bactérias produtoras de fosfatase e sulfatase na urina transformam este composto em indoxil, por sua vez oxidado em índigo e indirubina, levando à coloração roxa. Apesar de benigna, esta entidade alerta para as patologias subjacentes e cuidados com a algaliação crónica.

O pulmão sussurrou... e ninguém ouviu

Mafalda Hipólito Reis; Lumira Marques; Stella Cortes Verdasca; Tereza Veloso

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALENTEJO CENTRAL

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

Homem de 85 anos, autónomo, recorreu ao Serviço de Urgência por dor torácica pré-cordial associada ao esforço com irradiação à região cervical e membro superior esquerdo, com 1 mês de evolução. Sem história de tabagismo. Referia tosse recente e perda de apetite, sem perda de peso significativa. Analiticamente sem elevação de troponina, anemia ou leucocitose. A radiografia de tórax revelou condensação apical esquerda. A tomografia (TC) mostrou lesão nodular espiculada de 42 mm no lobo superior esquerdo, altamente sugestiva de neoplasia. Biópsia transtorácica guiada por TC compatível com Carcinoma pavimentocelular (p63+), com reacção desmoplásica. Com este caso relembramos o quanto é necessário investir na prevenção e diagnóstico precoce.

Melanoma Maligno com Ferida Maligna: Uma Perspectiva Integrada nos Cuidados Paliativos

Rita Domingues Penaforte¹; Inês Matias Lopes²; Helena Fernandes³; Madalena Feio³

¹ HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA

² CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE

³ INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA

Tema: Cuidados paliativos/ Hospitalização Domiciliária

Doente do sexo feminino, 90 anos de idade, com melanoma maligno do membro inferior direito com metastização para o membro inferior contralateral. Encaminhada a consulta de Cuidados Paliativos para controlo sintomático, nomeadamente de dor não controlada, tendo passado a ser seguida pela Unidade de Assistência Domiciliária por progressão rápida de doença com descontrolo sintomático e necessidade frequente de cuidados de penso a ferida maligna complexa da região posterior da perna direita, sangrante, exsudativa, com odor fétido. Este caso permite destacar a importância de uma equipa multidisciplinar especializada em cuidados paliativos, com conhecimentos avançados sobre feridas complexas, na abordagem de uma ferida maligna complexa em doente em progressão rápida de doença.

Uma imagem atípica: um caso provável de hemangiomatose esplénica

Mariana Dias Maia; Joana Castro Rocha; Ana Bento Leite; Ana Raquel Rodrigues; Eunice Vieira Monteiro; Rosa Lemos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA PÓVOA DE VARZIM/VILA DO CONDE

Tema: Doenças hematológicas

Homem de 41 anos, com défice cognitivo, sem antecedentes de relevo. Referenciado à consulta de Medicina Interna por achados na colangioressonância abdominal realizada em consulta de Cirurgia Geral: «Baço normodimensionado (diâmetro bipolar de 10 cm), com contornos lobulados pela presença de inúmeras formações nodulares esplénicas, a maior no polo inferior do baço medindo cerca de 51 x 45 mm de maiores eixos axiais. Estas demonstram hipossinal em T1, hipersinal em T2, contornos lobulados e captação progressiva de contraste endovenoso». Levanta-se a suspeita de hemangiomatose esplénica. Analiticamente sem alterações, com contagem plaquetária normal. Estas lesões vasculares requerem vigilância, podendo complicar com enfarte ou rotura hemorrágica e associar-se ao fenómeno Kasabach-Merritt, com coagulopatia e trombocitopenia. O doente mantém-se assintomático.

Aneurismas Cerebrais múltiplos em doente com drepanocitose, como abordar?

RAQUEL MARIA NEVES FLORES¹; Teresa Costa e Silva²; Mariana Baptista³; Alberto Fior³; Ana Paiva Nunes³

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LISBOA OCIDENTAL

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

³ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

As complicações cerebrovasculares são a principal causa de incapacidade nos doentes com drepanocitose. Incluem: AVC isquémicos, hemorrágicos e enfartes silenciosos. A hemorragia subaracnoídea (HSA) por rutura de aneurisma é a menos frequente, porém com implicações específicas na sua abordagem.

Apresentamos o caso de uma mulher de 38 anos com drepanocitose SS admitida em contexto de HSA, FISHER 3, com Hb 6.3 g/dl e HbS 70%. A angiografia revelou múltiplos aneurismas cerebrais e displasia das artérias carótidas internas: quatro aneurismas da carótida interna direita, quatro da carótida interna esquerda, um da artéria basilar e um da artéria vertebral. O tratamento envolveu a colocação de stents carotídeos, embolização com espiras no aneurisma da artéria basilar, e ainda permutas eritrocitárias com Hb 8.2 g/dl e HbS 32% após tratamento, sem complicações.

Melanose Cólica: um achado endoscópico

Rita Figueira; Bruna Nascimento

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Introdução

A melanose cólica (MC) é uma condição intestinal benigna, não inflamatória que resulta do depósito de lipofuscina na lâmina própria da mucosa.

Está associada a doenças inflamatórias intestinais, ao uso de anti-inflamatórios não esteróides e ao uso de laxantes derivados da antranquinona como o sene.

O tratamento passa pela interrupção do uso de laxantes e medidas higienodietéticas.

Caso clínico

Mulher, 54 anos, com antecedentes de depressão, enxaqueca e obstipação, medicada com topiramato, duloxetina e sene[BN1] . Internada na enfermaria de Medicina Interna para estudo de neoplasia primária após achado de metástases hepáticas em ecografia abdominal. Realizou colonoscopia que confirmou neoplasia do cólon e mostrou melanose cólica.

Tifu murino: rash cutâneo na base do diagnóstico

Daniela Alves; Paula Mesquita; Raquel Vieira; Sara Bravo; Sérgio Monteiro; Juliana Nogueira; Christian Neves; João Fonseca; Susana Cavadas

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Mulher, 75 anos, sem antecedentes, admitida no internamento por febre de origem indeterminada. Ao exame objetivo apresentava rash cutâneo maculo no abdómen, tronco, dorso e palma das mãos. Não encontramos escara de inoculação, mas pelo rash assumimos a Rickettsiose como uma causa provável. Foram pedidas serologias para *Rickettsia* e iniciada doxicilina empiricamente. Mais tarde, tivemos a confirmação serológica para *Rickettsia typhi* e apirexia sustentada da doente.

O Tifo Murino é uma zoonose causada pela *Rickettsia typhi*, endémica na área do Mediterrâneo, transmitida por pulgas de roedores. O diagnóstico baseia-se em critérios clínicos, nomeadamente febre, cefaleias e rash maculopapular, e critérios laboratoriais. Tem geralmente um bom prognóstico, desde que tratado precocemente.

Tumor Indiferenciado Torácico com Défice de SMARCA4: Um outlier oncológico

Mariana Gaspar; Beatriz Correia; Joana Silva; Mariana Marques Silva; Sofia Pinheiro

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças oncológicas

Homem, 42 anos, fumador (16 unidade maço ano), apresenta-se com cefaleia frontal esquerda súbita, disfonia progressiva e sensação de corpo estranho na garganta. A investigação revelou volumosa massa mediastínica com compressão da veia braquicefálica e trombose da veia jugular interna esquerda. A histologia evidenciou tumor indiferenciado torácico com défice de SMARCA4, entidade rara associada a tabagismo. Obteve resposta parcial significativa (redução neoplásica de 59%) após 4 ciclos de carboplatina, paclitaxel e pembrolizumab. Após 4 meses, desenvolveu metástases jejuno-ileais que foram ressecadas cirurgicamente. Mantém controlo sustentado da doença com pembrolizumab, ultrapassando a sobrevida média esperada de 6-7 meses.

Insuficiência cardíaca idiopática: um fenótipo complexo

Ana Rita Ambrósio; Telma Costa Cabral; Margarida Bandeira; Hugo Pêgo; Ana Grilo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

Tema: Doenças cardiovasculares

Homem, 40 anos, com BCRE, fumador 21 UMA. História familiar de doença cardiovascular precoce. Admitido por insuficiência cardíaca inaugural (perfil B) com FSVE deprimida, de etiologia idiopática. Ecocardiograma transtorácico revelou dilatação cavidades esquerdas com hipocinésia difusa e turbulência de fluxo transvalvular tricúspide. RMC sugeriu miocardiopatia dilatada com importante fibrose septal, válvula mitral com três folhetos, estreitamento tricúspide secundária a banda/estreitamento epicárdico e a aneurisma do septo membranoso. AngioTC com score de cálcio de 0, pseudo-aneurisma do SIV apical e aneurisma da porção membranosa do SIV e provável oclusão distal da descendente anterior. Evolução favorável, em estabilidade hemodinâmica com boa resposta descongestiva e tolerância a terapêutica modificadora de prognóstico.

O silêncio do tumor mediastínico

Sara Maia Barbosa; Emília Duque Monteiro; Maria João Barbosa; Teresa Souto Moura

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças oncológicas

Mulher de 25 anos, antecedentes de tabagismo. Recorre à urgência por febre desde a véspera e dor pleurítica inframamária esquerda com meses de evolução. À observação sem alterações. Análises com anemia ferropénica microcítica (hemoglobina 9,8mg/dL), linfopenia ($0,79 \times 10^9/L$), aumento de proteína C reativa (137,3 mg/L) e D-dímero (1166,0 µg/L). Tomografia computadorizada torácica revelou na porção anterior do hemitórax esquerdo duas formações quísticas mediastínicas, de contorno irregular com septos espessados, com 10x9x7cm e 5x4x5cm, admitindo-se natureza linfoproliferativa. Do estudo destaca-se alfafetoproteína muito elevada ($>605000\text{ng/mL}$) e biópsia transtorácica a favor de tumor do saco vitelino. Foi excluída disseminação à distância.

Esta imagem mostra a variedade de diagnósticos possíveis de uma dor torácica, incluindo um tumor raro.

Disfagia Lusória

Beatriz Câmara Lourenço; Maria Rui Gomes; Ana Rita de Sousa Melo; Romana Bett. Fagundes; Fábio Murteira

CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Mulher, 62 anos, diabética bem controlada e com défice cognitivo ligeiro. Internada por choque séptico com ponto de partida em colangite aguda, melhorada sob antibioterapia. Identificada disfagia para alimentos sólidos e líquidos (sem antecedentes) , apesar de ausência de disfunção neurológica. Durante o internamento necessário TC-Tórax que identificou artéria subclávia direita com trajecto retro-esofágico (artéria subclávia lusória) (Imagem A, B e C). Revendo com familiares, descrevem como o seu normal o atraso na deglutição e tosse concomitante. Fez videoendoscopia da deglutição, normal, sugerindo causa esofágica. A disfagia lusória, rara mas bem descrita, resulta da compressão esofágica por variante anatómica da subclávia direita (1-2% de incidência, 20-40% sintomáticos).

Degenerescência Hepatocerebral: manifestações neurológicas de doença hepática

Beatriz Câmara Lourenço; Inês Soares; Sara M. Ribeiro; Fábio Murteira; Isabel Oliveira Cruz

CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Mulher, 78 anos, com Doença Hepática Crónica (DHC) Avançada descompensada de etiologia alcoólica, com ascite controlada com diuréticos e varizes esofágicas sem hemorragia, Child-Pugh B e Meld-Na 10. Sem encefalopatia hepática prévia. A consulta apresentava défice de atenção, tremor, bradicinésia e marcha de pequenos passos; sem flapping; trânsito gastrointestinal regular sem necessidade de lactulose. RMN crâneo-encefálica revelou hiperintensidade espontânea e simétrica em T1 nos globos pálidos (Imagem A - setas), tálamos e substância nigra, sugestiva de Degenerescência Hepatocerebral adquirida não-wilsonianiana. Este é um síndrome neurológico raro, subdiagnosticado e irreversível que surge doentes com DHC avançada ou shunts portosistémicos, resultando da deposição de manganésio nos gânglios da base. O único tratamento é o transplante hepático.

Variz esofágica única: entre a anatomia e a patologia

Beatriz Câmara Lourenço; Inês Soares; Sara M. Ribeiro; Fábio Murteira; Isabel O. Cruz

CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Homem, 56 anos, sem antecedentes de relevo, enviado à consulta de Hepatologia por variz esofágica única e pequena em endoscopia (imagem A). Sem trombocitopenia, alterações da enzimologia hepática ou coagulação. Ecografia descreve apenas esteatose hepática ligeira. Elastografia 4.1 kPa e CAP 383 dB/m. Biópsia hepática mostrou esteato-hepatite do tipo misto e fibrose grau 1. Gradiente de pressão venosa hepática de 9 mmHg. Tomografia computadorizada abdominal revelou tronco celíaco com origem na aorta torácica (imagem B), fazendo procedência no esófago (imagem C). Esta variante anatómica criou a ilusão de variz esofágica, conclusão apoiada pela inexistência de hipertensão portal clinicamente significativa. Este caso demonstra que um exame isolado pode ser insuficiente para um diagnóstico fiável e reforça a importância de correlacionar vários resultados.

Intestino dentro da caixa

Ana Maria Teodoro; Pedro Rainho; Bruno Sousa; Bárbara Gaspar; Tiago Judas

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

Tema: Doenças respiratórias

Introdução

A rotura do diafragma é uma condição rara, geralmente resultado de trauma.

Caso Clínico

Homem, 63 anos, antecedentes de carcinomas síncronos da mama esquerda e do esófago, submetido a mastectomia e esofagectomia 1 ano antes. Admitido no Serviço de Urgência por dispneia súbita e insuficiência respiratória parcial. Radiografia torácica (RX) com hipertransparência do campo pulmonar esquerdo com haustras visíveis. Tomografia computadorizada com hérnia diafragmática esquerda com conteúdo do cólon ocupando todo o hemitórax. O doente foi submetido a redução da hérnia e colectomia subtotal com anastomose ileocólica.

Relevância da imagem

Os autores apresentam um caso de rotura diafragmática em contexto de cirurgia esofágica e aumento da pressão abdominal, cujo RX foi fundamental para o diagnóstico.

Doença De Madelung: Depósitos Lipomatosos Cervicais em Doente com Abuso Crónico De Álcool

**António Syder Queiroz; Catarina Noronha Ribeiro; Leda d' Almeida;
Guilherme Sanches de Miranda; Margarida Pereira Ventura; Manuel Ferreira Gomes**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças raras

Homem, 79 anos, com hábitos alcoólicos marcados desde há 30 anos. Quadro clínico com 10 anos de evolução com exuberantes massas moles e indolores localizadas ao nível das regiões cervical anterior, pré e pós-auriculares bilateralmente e dorso a condicionar aumento do diâmetro cervical progressivo com aumento do volume mamário concomitante.

Realizou TC cervicotorácico que identificou aumento do tecido lipomatoso cervical, simétrico e não encapsulado, com extensão à vertente superior do tronco, achados sugestivos de Doença de Madelung Tipo I. Esta entidade caracteriza-se pela formação de depósitos de gordura subcutânea no pescoço e ombros de progressão indolente e, embora mal documentado, por uma associação com o consumo crónico de álcool.

Quando o calor causa dor: um caso de eritromelalgia

Ana Martins da Costa; Inês de Amorim Pereira; Beatriz Caldeira; Paulo Medeiros Conceição; Catarina Alves Costa; João Araújo Correia

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÓNIO

Tema: Outro

Mulher de 24 anos, avaliada em consulta de Medicina Interna por episódios de dor, calor e rubor de ambas as mãos desencadeados pela exposição a fontes de calor ou consumo de álcool. Assumido diagnóstico de eritromelalgia idiopática após exclusão de doença hematológica, autoimune e neoplásica. Apresentou boa resposta à evicção de despoletantes em exclusivo. Esta é uma síndrome clínica rara que afeta extremidades superiores e/ou inferiores, sobretudo em mulheres adultas, que se caracteriza por episódios intermitentes de dor e sinais inflamatórios que podem ser uni ou bilaterais, precipitados pelo calor e melhora após medidas de arrefecimento. É sempre essencial a exclusão de causas subjacentes, sobretudo síndromes mieloproliferativas.

Derrame pleural secundário a reação inflamatória local por hepatocarcinoma: uma associação improvável

Ana Martins da Costa; Beatriz Salgado; Ana Marçal; Margarida França

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÓNIO

Tema: Doenças respiratórias

Homem, 82 anos, com hepatocarcinoma (CHC) subfrénico submetido a ablação por radiofrequência (TACE) em 2023. Internado 6 meses após, por derrame pleural (DP) parapneumónico (exsudado rico em PMN). Apesar da antibioterapia, aumento do DP, agora rico em mononucleares, a motivar colocação de dreno. Estudo auxiliar: citologias negativas para malignidade; sem agente microbiológico; tomografia com recidiva do CHC na local. Discussão multidisciplinar a concluir por complicação com solução de continuidade diafragmática, sem tumor evidente no espaço pleuropulmonar, sugerindo DP secundário a reação inflamatória local. Drenagem total de 5L. Repetido TACE com remoção do dreno posterior. Reavaliação imagiológica aos 3 meses: DP mínimo e sem recidiva tumoral. Estão descritos casos de DP após TACE ou como extensão tumoral. A resposta local inflamatória é mais surpreendente.

Síndrome de Birt-Hogg-Dubé (BHD): quando os pulmões falam de genética

Ana Melício; Hélder Gonçalves; Mariana Dias; Sara Vasconcelos Teixeira; Ana Castro Barbosa; João Madeira Lopes; António Martins Baptista

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças respiratórias

Mulher de 68 anos, com Leucemia Linfocítica Crónica B, internada por febre em contexto neoplásico. TC tórax com múltiplos quistos pulmonares dispersos sobretudo nos lobos inferiores em provável relação com síndrome de BHD. Teste genético com variante c.575del no gene FLCN (filamin C) em heterozigotia. O BHD é uma doença genética autossómica dominante rara caracterizado por tumores benignos dos folículos pilosos, quistos pulmonares, pneumotórax e tumores renais. O acometimento pulmonar é comum, na forma de quistos pulmonares (83%) e na maioria assintomático. O presente caso clínico reforça a complexidade e importância de marcha diagnóstica com adequado enquadramento sistémico dos achados detectados.

Hérnia Hiatal Volumosa: Um Fator Subdiagnosticado na Anemia Crónica

Ana Catarina Ruivo; Claudia Ribeiro; Bruna Barbosa; Andreia Meseiro; Joana Cartucho; Mariana Almeida; Maria de Rosário Ginga; Martinho Fernandes

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ARCO RIBEIRINHO

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Homem de 88 anos, internado para estudo de anemia microcítica hipocrômica. Com antecedentes de refluxo gastroesofágico. Mantinha hábitos alimentares variados e consumos de 12g de álcool diariamente. Analiticamente com ferropénia, marcadores de auto-imunidade negativos, sem infeção ativa e haptoglobina normal. Realizou endoscopia alta, com evidência de gastrite crónica, e colonoscopia, sem achados sugestivos de hemorragia ativa ou recente. No contexto de pesquisa de foco infeccioso realizou raio x torácico que mostrou uma volumosa hérnia do hiato.

As hérnias do hiato de grande volume podem provocar anemia através da inflamação crónica da mucosa gástrica e esofágica, de úlceras de Cameron e por alteração da absorção de ferro.

Sarcoma cardíaco com metastização óssea

Valter Duarte; Joana Melo; Jéssica Krowicki; Carolina Morgado; Rita Figueira; Jesus Viana; Ana Faustino; Carla Matias; Gorete Jesus

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO

Tema: Doenças cardiovasculares

Mulher de 71 anos com história de DM, HTA, IC FEp hiopertensiva e FA, internada por IC agudizada por infeção virica com boa resposta ao diurético mantendo insuficiência respiratória. TC tórax com massa na aurícula esquerda (AE) e lesão expansiva em D12. EcoTT (figura 1) a realçar massa da AE com infiltração da válvula mitral, septos interauricular e ventricular, condicionando estenose e insuficiência mitrales severas, PSAP de 92mmHg e disfunção do ventrículo direito. RMN cardíaca com características sarcomatosas (figura 2), considerada irresssecável por cirurgia cardiotorácica. Biópsia intraoperatória de D12 compatível com sarcoma de alto grau. Referenciada para centro especializado com PET agendada.

Esclerose de Mönckeberg

ANA MONDRAGAO; Vasco Tavares; Mariana Baptista; Tiago Fernandes; Mariana Gonçalves; Fátima Silva; Rafaela Veríssimo

CH VILA NOVA GAIA

Tema: Medicina geriátrica

Doente de 78 anos com trauma do punho direito após queda por AVC isquémico. O exame imagiológico excluiu fratura mas revelou um achado inesperado e singular: calcificação extensa da artéria radial.

A calcificação arterial pode ocorrer em dois padrões: a calcificação da túnica íntima (associada a aterosclerose) e a calcificação da túnica média (associada a esclerose de Mönckeberg). A distribuição extensa e linear sugere esclerose de Mönckeberg caracterizada pelo depósito de cálcio na camada média das artérias. Este achado tem implicações clínicas relevantes: a rigidez arterial compromete a perfusão distal e pode dificultar procedimentos invasivos, e é um marcador de risco cardiovascular aumentado.

A imagem destaca-se pela raridade e pelo impacto visual, e de como um exame radiográfico simples pode revelar alterações vasculares significativas.

Sarcoma mixóide: um volumoso mas raro tumor

Alexandra Silvestre; Francisca Lourenço Ramos; João Rio; Inês Andrade; Pedro Ferreira Nunes; Susana Jesus; Cândida Fonseca

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, EPE / HOSPITAL DE S. FRANCISCO XAVIER

Tema: Doenças oncológicas

Mulher, 86 anos, com antecedentes de doença cerebrovascular, recorreu ao serviço de urgência por distensão e dor abdominal. À observação, destacava-se macicez dos quadrantes direitos do abdómen até à linha média. Analiticamente, discreta elevação da fosfatase alcalina e da gamaglutamiltransferase. A tomografia computadorizada revelou lesão com 25cm de maior diâmetro que ocupava praticamente a metade direita do abdómen, comprimindo a veia cava inferior e condicionando uretero-hidronefrose direita. Foi submetida a biópsia cuja histologia revelou tratar-se de um sarcoma com estroma mixóide. Atendendo à raridade deste diagnóstico, apresentamos as imagens que levaram à sua suspeição.

As Mãos Como Cartão de Apresentação

Guilherme Sanches de Miranda; Margarida Pereira Ventura; Leda D' Almeida; Leda D' Almeida; Antório Syder Queiroz; Catarina Noronha Ribeiro; Manuel Ferreira Gomes

SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL DE SANTA MARIA, ULS SANTA MARIA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Homem de 54 anos, professor de música, seguido em consulta de Doenças Autoimunes por Lúpus Eritematoso Sistémico (LES), diagnosticado aos 24 anos, com envolvimento articular e renal. Medicado habitualmente com prednisolona 5mg/ dia.

Ao exame objetivo apresentava desvio ulnar do 2º ao 5º dedos bilateralmente e deformação digital em pescoço de cisne, corrigido quando o doente realizava extensão dos dedos das mãos.

Este quadro é compatível com artropatia de Jaccoud, uma artropatia deformativa não erosiva, associada ao LES, que contrariamente à artropatia associada a artrite reumatóide é facilmente reduzida com ação mecânica.

Ondas de Osborn em doente com hipotermia grave em contexto de hipotireoidismo inaugural

Daniela Baptista; Pedro Ferreira; Rita Reis

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LISBOA OCIDENTAL

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Doente de 82 anos, dependente nas AVDs, encaminhado ao serviço de urgência por apatia e mutismo com horas de evolução. Apresentava FC de 30bpm e ECG com bradicardia sinusal, prolongamento do intervalo QT e ondas de Osborn. Verificada TT 29°C e iniciadas medidas de aquecimento corporal. Adicionalmente com acidemia respiratória por hipoventilação tendo iniciado VNI. Analiticamente com hipotireoidismo inaugural (TSH: 6,60 mUI/L; T4 livre: 7,29 pmol/L), iniciando tratamento com levotiroxina.

Este caso destaca a importância do ECG como MCDT importante nas mais diversas patologias e demonstra alterações associadas à hipotermia grave, achados raros na prática clínica.

Um local raro de hematopoiese extramedular

Domingos M'boto; Daniel Teixeira; Ana Furão Rodrigues

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças hematológicas

Apresentamos um caso de um homem de 62 anos, melanodérmico, com antecedentes de drepanocitose homozigótica e auto-esplenectomia na infância. Foi internado no Serviço de Medicina por pancreatite aguda necrotizante. Na TC abdomino-pélvica realizada, em cortes que abrangiam o tórax, salientava-se uma massa paravertebral com cerca de 8 cm de maior diâmetro. Esta imagem é ilustrativa de um local raro de hematopoiese extramedular, situada nos gânglios mediastínicos da região paravertebral. Impressiona pelas suas dimensões, ausência de sintomas associados e por induzir facilmente a suspeita de neoplasia. O diagnóstico deve ser feito pela associação da anamnese, dos antecedentes do doente, dos achados imagiológicos e dos exames laboratoriais, uma vez que a biópsia é um exame invasivo com risco de complicações, nomeadamente hemorragia.

Pneumocistose - o último diagnóstico

**Tânia Pereira da Silva; Mari Angela Lopes; Flávia Freitas; Margarida Miguel Paraíso;
Ana Cristina Peixoto; Gabriela Costeira Paulo; Marta Marques; Filipe Conceição**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças respiratórias

Mulher, 74 anos, autónoma, com antecedentes de **tuberculose e aspergilose pulmonar**, sob **abemaciclib** por **neoplasia da mama**. Recorreu ao SU por **dispneia, tosse produtiva** e **astenia** com 1 semana de evolução. Apresentava **febre (38°C)** e **elevação dos parâmetros inflamatórios**. A **TC-Tórax** revelou **opacidades em vidro despolido**. Nas secreções traqueobrônquicas, isolou-se *Pneumocystis jirovecii* por técnica de PCR. Iniciou corticoterapia e Trimetoprim-Sulfametoxazol que foi substituído por atovaquona por toxicidade hematológica ao 3º dia. Evoluiu desfavoravelmente, com óbito ao 8º dia.

A infeção por ***P. jirovecii*** em **imunocomprometidos sem infeção pelo vírus da imunodeficiência humana**, associa-se a elevada morbimortalidade. Um diagnóstico precoce, com base numa forte suspeita clínica e em métodos de imagem concordantes, é fundamental para modificar a sua rápida evolução.

Siderose Cutânea Após Administração de Carboximaltose Férrica

Beatriz Teixeira Lima; Alexandra Nascimento; André S. Carvalho; Ana Catarina Camarneiro; Ricardo Rocha Gomes; Susana Magalhães

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO MONDEGO

Tema: Outro

Mulher de 44 anos com diabetes autoimune latente do adulto, asma sob terapêutica com dupilumab e anemia ferropénica em estudo. Recebeu 500 mg de carboximaltose férrica (CMF) e, após a perfusão, desenvolveu tumefação no local da punção tratada com crioterapia. Oito dias depois no mesmo local surgiram lesões maculares acastanhadas e irregulares. Suspendeu o tratamento com CMF. Uma revisão sistemática recente identificou 54 casos de hiperpigmentação cutânea associada à administração parenteral de ferro, a maioria relacionada à infusão intravenosa. A hiperpigmentação induzida por fármacos constitui aproximadamente 10-20% dos casos de hiperpigmentação adquirida, mas a siderose cutânea após injeção intravenosa de ferro raramente é relatada.

Síndrome de Chilaiditi: a importância do diagnóstico diferencial

Francisca Santos Martins; Diogo Dias; Fábio Santos; Pedro Rocha; Sofia C Barbosa; Gisela Vasconcelos; Ana Mafalda Silva

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ENTRE DOURO E VOUGA

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Homem, 74 anos, com queixas de tosse, dispneia, obstipação e dor abdominal. Objetivada dor à palpação do quadrante abdominal superior direito, sem sinais de irritação peritoneal. Radiografia torácica a revelar elevação da hemicúpula direita de diafragma, com cólon entre este e o fígado, compatível com síndrome de Chilaiditi.

Esta síndrome é rara, consistindo na interposição hepatodiafragmática do cólon, com sintomas gastrointestinais ou respiratórios. O diagnóstico resulta da correlação entre clínica e imagem, sendo importante um diagnóstico diferencial preciso com urgências abdominais como o pneumoperitoneu. Ao contrário deste, é uma condição relativamente benigna, com tratamento habitualmente conservador, sem necessidade de cirurgia.

Quisto pulmonar: a propósito de um caso

Vasco De Faria Nunes; Catarina Nóbrega; Rita Rodrigues; Maria da Luz Brazão; Teresa Faria
HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL

Tema: Doenças respiratórias

Mulher de 86 anos, internada em setembro de 2024 com o diagnóstico de infeção respiratória e insuficiência cardíaca descompensada; realizou Radiografia de tórax postero-anterior e tomografia computadorizada de tórax evidenciando formação quística com cerca de 9 cm de diâmetro no lobo superior esquerdo, de conteúdo gasoso com fina septação interna, de parede regular, sem evidentes características sugestivas de neoformação ou sobreinfecção, de natureza sequelar/residual. O estudo de imagem é relevante no diagnóstico inicial, acompanhamento da evolução da doença e abordagem terapêutica. Em pacientes idosos ou de alto risco cirúrgico, o risco-benefício de qualquer intervenção invasiva deve ser ponderado individualmente. A doente foi orientada para manter seguimento e vigilância clínica e imagiológica.

Pielonefrites de repetição em doente imunossuprimida – outro fator a considerar?

Maria Francisco; Carlota Laland; Jorge Salsinha Frade; Maria Meneses Rebelo; Ana Catarina Pina Pereira; Mafalda Leal; Luís Coelho; Carolina Paula; Beatriz Barata; Sofia Salvo; Madalena Lisboa

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ/HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS

Tema: Doenças renais

Mulher, 77 anos, com leucemia mielóide aguda e história de adenocarcinoma do endométrio, submetida a histerectomia com linfadenectomia pélvica e lomboaórtica e braquiterapia. Com múltiplas infecções urinárias recentes, é internada em enfermaria de Medicina por neutropénia febril com pielonefrite a *Klebsiella pneumoniae*. Com fecalúria objetivada, realizou tomografia computadorizada a revelar trajeto fistuloso entre a parede posterior da bexiga, o corno esquerdo da cúpula vaginal e o cólon sigmóide.

Este caso reforça a importância do exame de imagem nas infecções urinárias de repetição, ao representar um factor complexo subjacente, que condicionou múltiplos ciclos de antibioterapia numa doente em estado de imunodepressão.

Náuseas, Vômitos e Uma Massa Abdominal - Uma Apresentação de Linfoma

Filipa Santos; Bruno Daniel Carneiro; Pedro Loureiro; Sérgio Madureira; Margarida Freitas-Silva

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças hematológicas

Mulher de 49 anos, sem antecedentes de relevo, recorreu à urgência por náuseas e vômitos agravados recentemente, com sensação de peso abdominal inferior. Na urgência, realizou ecografia abdominal que revelou volumosa massa abdominal, com cerca de ~14cm de maior diâmetro, tendo sido internada para estudo. Realizou TC-AP para melhor caracterização, que revelou “massa centrada no mesentério, na região periumbilical e hipogastro, que mede 139x123mm (TxAP) em corte axial, relativamente homogênea, com áreas centrais aparentemente necróticas, que engloba ansa intestinal de delgado (provavelmente íleo) na sua vertente inferior, que se apresenta dilatada e com parede difusamente espessada, sendo indissociável da massa.” Realizou biópsia ecoguiada da massa que firmou o diagnóstico de Linfoma B difuso de Células Grandes. Iniciou tratamento com ciclos de RCHOP.

Dissecção da aorta: um diagnóstico incomum para um sintoma comum

Teresa Senra Santos; Raquel Moreira Cruz; Ana Isabel Lopes; Rita Moça

ULS PÓVOA DE VARZIM / VILA DE CONDE

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Homem de 61 anos, fumador, hipertenso não medicado, com dorsalgia súbita de características mecânicas, de agravamento progressivo em 10 horas para dor intensa interescapular com irradiação retrosternal. Apresentava tensão arterial 240/113mmHg, sem diferencial de pressão nos membros superiores e pulsos periféricos palpáveis e simétricos. Analiticamente D-Dímeros >20000 ng/mL. Tomografia computadorizada com contraste mostra dissecção aórtica tipo B (classificação Stanford) com extensão até às artérias ilíacas. Iniciou controlo algico e tensional, sem necessidade de intervenção cirúrgica ou endovascular. A dissecção aórtica é uma emergência frequentemente subdiagnosticada, com elevada mortalidade, que nem sempre se manifesta pela tríade clássica.

Prostatite com Coleção Maciça - A Faísca para uma Infecção Estafilocócica Resistente e Agressiva

Guilherme Jesus; Francisca Bartilotti; Cristóvão Figueiredo; Tiago Teixeira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem de 61 anos, diabético e fumador, admitido por quadro progressivo, com 4 meses de astenia, anorexia, lombalgia com irradiação inguinal, perda de força nos membros inferiores e hipersudorese. Idas anteriores ao SU, isolado um MSSA na urina submetido a 2 ciclos de tratamento com cefuroxima e ceftriaxone. À admissão com dor à palpação na região lombar e anca esquerda, sinais de bursite do cotovelo esquerdo e aumento dos marcadores inflamatórios. Imagiologicamente: abscesso prostático de grandes dimensões com fistulização retal; êmbolos pulmonares; bursite olecraneana esquerda; piocistos renais e abscesso no psoas. Hemoculturas persistentemente positivas para MSSA confirmaram infecção estafilocócica disseminada, decorrente de uma prostatite subtratada. As imagens ilustram as potenciais graves complicações sistêmicas de uma ITU insuficientemente tratada.

Fúria Linfoproliferativa: Sarcoma de Kaposi Disseminado e Doença de Castleman Plasmacítica

Guilherme Jesus; Francisca Bartilott; Sofia Nunes; Luís Malheiro

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Doenças oncológicas

Homem de 29 anos, VIH positivo, não cumpridor de TAR, antecedentes de Sarcoma de Kaposi (SC) cutâneo, ganglionar e pulmonar e toxicodependência, admitido por febre, anorexia, astenia, dispneia para esforços e adenopatias generalizadas com semanas de evolução. À admissão encontrava-se sudorético, com adenopatias dispersas indolores palpáveis nas regiões axilares, cervicais, inguinais e abdominais, de consistência dura e pouco móveis. Analiticamente com anemia, leucopenia e elevação dos marcadores inflamatórios. TAC-CT: múltiplas adenopatias disseminadas em todas as cadeias ganglionares existentes. Evolução clínica fatal com diátese hemorrágica e posterior ARDS. Posteriormente, biópsia ganglionar confirmou a presença de Doença de Castleman Multicêntrica (Plasmacítica) associada ao SK/HHV8, uma doença linfoproliferativa rara com elevada mortalidade.

Artrite Psoriática

Ana Isabel Bezerra Rodrigues Machado; Rosa Ferreira; Carla Fidalgo; Paulo Gouveia

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A Artrite Psoriática é uma doença inflamatória que atinge até 30% dos doentes com psoríase.

Homem de 59 anos, antecedente de psoríase, assintomático há 10 anos, é enviado a consulta de Medicina Interna para estudo de lesões cutâneas dolorosas. Referia dor intensa incapacitante associada a edema, descamação e coloração violácea na articulação interfalângica distal do 2º dedo do pé com dois meses de evolução (Figura 1). Posteriormente surgiu também nos 1º e 2º dedos das mãos e calcanhares (Figura 2).

Estudo autoimune e marcadores de inflamação sistémica negativos.

Por suspeita de artrite psoriática iniciou corticoterapia tópica e foi reavaliado num mês, com regressão franca das alterações de artrite e dactilite, e resolução completa da dor.

Osteossarcoma: compromisso ósseo agressivo

Sara Vasconcelos Teixeira; João de Barros Garcia; Ana Melício; Hélder Gonçalves; Mariana Dias; Inês Parreira; João Luís Cavaco; João Madeira Lopes; António Martins Baptista

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, EPE / HOSPITAL DE SANTA MARIA

Tema: Doenças oncológicas

Mulher, 55 anos de idade, com fatores de risco cardiovascular, recorreu ao serviço de urgência por dor intensa na anca e joelho esquerdos após queda da própria altura. Menção a astenia e sudorese noturna com algum tempo de evolução. Radiografia revelou volumosa lesão lítica com margens irregulares na extremidade inferior do fémur esquerdo, posteriormente caracterizada por tomografia e ressonância e biopsada. O osteossarcoma é o tumor ósseo maligno primário mais comum, caracterizado por dor localizada, edema e, por vezes, fraturas patológicas. O tratamento consiste em quimioterapia neo-adjuvante seguida de ressecção cirúrgica, com prognóstico dependente do diagnóstico precoce e da resposta terapêutica.

Massas no Mediastino Superior: Diagnóstico de Bócio Mergulhante

Sara Vasconcelos Teixeira; João de Barros Garcia; Ana Melício; Hélder Gonçalves; Mariana Dias; Inês Parreira; João Luís Cavaco; João Madeira Lopes; António Martins Baptista

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, EPE / HOSPITAL DE SANTA MARIA

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Mulher, 85 anos, admitida por síndrome confusional agudo por infeção urinária. Radiografia torácica de admissão revelou volumosa massa no mediastino superior com ligeiro desvio da traqueia sem dispneia ou disfagia. As massas no mediastino superior podem ter diversas origens, incluindo bócio mergulhante. O diagnóstico por imagem é fundamental para diferenciar o bócio mergulhante de outras massas mediastínicas de acordo com localização, tamanho e características. O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico, especialmente quando causa sintomas compressivos. As massas mediastinais são uma entidade clínica importante, com diagnóstico e tratamento dependente da causa subjacente.

Piomiosite por *Clostridium perfringens*

Beatriz Marques¹; Miguel Pires²; Renato Saraiva²

¹ INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA LISBOA

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE LEIRIA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Doente do sexo masculino, 90 anos, com internamento recente complicado de hematoma espontâneo da coxa esquerda. Admitido, de novo, por choque séptico com ponto de partida em pneumonia nosocomial. Ao 10º dia de internamento inicia quadro de edema da coxa esquerda, empastamento, calor e dor à mobilização. Sem alterações cutâneas ou crepitações. Realizou TAC com identificação de abscesso intramuscular com 25cm de maior diâmetro. Foi intervencionado cirurgicamente com isolamento de *Clostridium perfringens*.

A piomiosite tipicamente associa-se ao *Staphylococcus aureus* sendo raros os casos provocados por agentes anaeróbios. Assim, o caso apresentado destaca-se quer pela dimensão do abscesso quer pelo isolamento atípico de *Clostridium perfringens*.

Síndrome de Sweet Pós-Infecciosa: Relato de Caso e Importância do Diagnóstico Precoce

Didier Martinez¹; Elisabete Jorge¹; Liliana Freitas²; Sandra D. Santos¹; Daniela Marado¹

¹ CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA / HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA COVA DA BEIRA

Tema: Doenças raras

Mulher de 45 anos, após episódio de amigdalite tratada com amoxicilina/ácido clavulânico, desenvolveu lesões eritematosas nodulares no tronco superior, dolorosas, com superfície pseudo-mamilada (Imagem 1 e 2).

A suspeita clínica foi de Síndrome de Sweet pós-infecciosa, diagnóstico confirmado por biópsia, que revelou infiltrado inflamatório neutrofílico perivascular, perianexial e intersticial na derme superficial e média, com edema da derme papilar, sem vasculite.

A relevância deste caso reside na associação entre infeção prévia e manifestação cutânea neutrofílica, reforçando a importância do reconhecimento clínico precoce. As imagens ilustram achados típicos da patologia, auxiliando na diferenciação de outras dermatoses inflamatórias.

Quisto Gigante Abdominal

Beatriz Marques¹; Miguel Pires²; Renato Saraiva²

¹ INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA LISBOA

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE LEIRIA

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Doente do sexo feminino, 56 anos. Recorre ao serviço de urgência por dor abdominal generalizada. Acrescenta quadro com 5 meses de evolução de distensão abdominal e aumento ponderal de 3 kg. À observação médica abdómen globoso com submacicez. Realizou ecografia abdominal e posteriormente TAC com identificação de volumosa massa quística (30x25x15cm), multiseptada, de provável origem anexial, condicionando hidronefrose direita. Teve alta com orientação para hospital de referência. Até à data sem diagnóstico histológico.

Os quistos gigantes abdominais são cada vez mais incomuns e o diagnóstico diferencial é amplo. Associam-se a sintomas inespecíficos decorrentes do efeito de massa e, raramente, podem condicionar hidronefrose, como neste caso.

Um glioma que afinal era uma metástase

Beatriz Marques¹; Dolores Gomes²; Renato Saraiva²

¹ INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA LISBOA

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE LEIRIA

Tema: Doenças oncológicas

Doente do sexo masculino, 51 anos. Admitido no serviço de urgência por queda da própria altura. Realizou TC-Crânio Encefálica (CE) que revelou lesão intra-axial hemisférica esquerda, altamente vascularizada, com centro necrótico-quístico e área sólida isodensa à periferia, sugestiva de lesão primária de alto grau. Em RM-CE, atendendo ao comportamento da lesão no estudo de difusão, foi levantada a hipótese de metátese cerebral e, no estudo complementar, identificou-se um carcinoma de pequenas células do pulmão.

Com este caso pretende-se enfatizar que as metástases cerebrais e os gliomas frequentemente partilham características imagiológicas, sendo a sua distinção desafiante, sobretudo se forem a forma de apresentação do quadro clínico.

Quando o tratamento do varicocelo deixa um rasto...

Júlia Baptista; Sofia Nóbrega; Maria da Luz Brazão; Teresa Faria

HOSPITAL DR. NÉLIO MENDONÇA

Tema: Outro

Introdução

Homem, 52 anos, antecedentes de varicocelo, submetido a tratamento que não sabia especificar há 15 anos, que se apresenta com dor lombar à esquerda, polaquiúria e náuseas com 1 semana de evolução. Murphy renal negativo. Sem disúria, hematúria, vômitos. Radiografia das vias urinárias com visualização de dispositivo próximo das vias urinárias à esquerda. Urina II sem alterações. A tomografia abdomino-pélvica revelou material opaco de provável embolização espermática à esquerda, compatível com o trajeto da veia testicular esquerda, sem litíase ou abscesso renal.

Este caso realça a importância de atentar nos antecedentes dos utentes para a interpretação dos achados imagiológicos e exclusão de complicações de procedimentos prévios.

Quando a Oncologia se cruza com a Neurologia: um caso crítico

Soraia Mendes

HPP HOSPITAL DE CASCAIS

Tema: Doenças oncológicas

A exclusão de metástase cerebral em doente com neoplasia e alteração do estado de consciência é fundamental. Descreve-se o caso de uma mulher de 70 anos com neoplasia mamária estágio IV (invasão muscular, metastização óssea, ganglionar e linfangite carcinomatosa) sob quimioterapia. Admitida no Serviço de Urgência por alteração de consciência e queda com traumatismo cranioencefálico. A TC cranioencefálica mostrou edema parenquimatoso nos lobos frontais e parietal esquerdo, etiologicamente impreciso. A RMN confirmou progressão da doença neoplásica com 17 lesões secundárias crânio-encefálicas, envolvendo o osso, parênquima e leptomeninges. Evoluiu para estado de mal não convulsivo, apesar de otimização de anticonvulsivos, culminando em óbito.

TEP à vista: a radiografia torácica como pista diagnóstica essencial

Juliana V. Nogueira; Clara Pinto; Christian Neves; Raquel Vieira; Sara Bravo; Sérgio Monteiro; João Fonseca; Filipa Coroadó Ferreira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Na suspeita de tromboembolismo pulmonar (TEP), a radiografia torácica (RxT) é solicitada para excluir diagnósticos alternativos, mas pode revelar sinais sugestivos de TEP.

Um homem de 49 anos, sem antecedentes relevantes, foi admitido por toracalgia, dispneia e omalgia esquerda pleurítica. Tinha realizado uma viagem aérea de médio curso 3 dias antes. Estudo laboratorial com D-dímeros de 2,98 µg/mL. RxT com sinal de Westermark e Hampton na base direita (Fig.1) e elevação da hemicúpula diafragmática ipsilateral. Gasimetria e eletrocardiograma sem alterações. A angiotomografia computadorizada torácica confirmou TEP distal na artéria pulmonar esquerda.

Este caso ilustra a importância da RxT como ferramenta diagnóstica inicial na suspeita de TEP.

Mieloma múltiplo: uma apresentação clássica

Mariana Sousa Reis; Francisca Pacheco; Inês Marques Ferreira; Ana Luísa Marçal

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÓNIO

Tema: Doenças hematológicas

Mulher de 60 anos, com lombalgia com 3 meses de evolução. Admitida por quadro de dor no terço inferior da grelha costal de difícil controlo analgésico e múltiplas lesões osteolíticas ao nível dos arcos costais, esterno, crânio (figura 1), úmero (figura 2) e vértebras (com fratura patológica em D11). Estudo adicional a destacar hipercalcemia ligeira, anemia normocítica normocrómica e pico monoclonal IgG/kappa. Aspirado medular com 31,5% de plasmócitos, confirmando-se o diagnóstico de mieloma múltiplo. Apesar da apresentação clássica, a extensão das lesões líticas torna o caso incomum nos dias de hoje.

Para além do granuloma anular disseminado

**Inês Carvalho Santos; Gustavo Silva; Diana Marques; Joelma Mendes; Teresa Fonseca;
António Martins Baptista; Liliana R Santos**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças oncológicas

Uma mulher de 69 anos foi referenciada à consulta de Medicina Interna por placas eritemato-violáceas, anulares, com área central hipopigmentada nos membros inferiores, com evolução desde 2021. Foram efetuadas biópsias das lesões que foram compatíveis com granuloma anular disseminado. Perante este diagnóstico iniciou pesquisa de neoplasia oculta. A destacar colonoscopia com lesão plana com cerca de 20 mm no cego que foi submetida a mucosectomia.

Um pâncreas em céu estrelado: a propósito de um caso clínico de pancreatite crónica

Marta Carinhas; Daniela Costa; Patrícia Ferreira; Inês Carvalho; Daniela Rodrigues; António Cardoso; Alexandra Albuquerque; Martinho Fernandes

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ARCO RIBEIRINHO

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Um homem de 75 anos, com antecedentes pessoais de pancreatite crónica de etiologia etanólica e com múltiplos episódios de agudização da doença, recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal. Ao exame objetivo apresentava palpação abdominal dolorosa. Na avaliação analítica destacava-se elevação dos parâmetros inflamatórios e enzimas pancreáticas. A TC documentou calcificações dispersas do parênquima pancreático, sem evidência de litíase ou obstrução biliar. Perante estes achados, o doente foi internado com o diagnóstico de pancreatite crónica agudizada.

A pancreatite crónica é uma inflamação progressiva do pâncreas em resposta à lesão pancreática e que provoca alterações estruturais e funcionais permanentes. Este caso clínico ilustra a história natural da doença, assim como as manifestações clínicas e radiológicas características desta patologia.

Piotórax - papel essencial do controlo de foco como adjuvante terapêutico

Ana Sofia Reis; Patrícia Varanda Dias; Adriana Pereira Guedes; Pedro Caiano Gil

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Homem de 45 anos, fumador (45 unidades maço/ano). Recorreu ao Serviço de Urgência por clínica compatível com infeção respiratória. Radiografia torácica: opacificação dos dois terços inferiores do hemitórax direito com nível hidroaéreo e desvio do mediastino. Tomografia computadorizada torácica: coleção hidroaérea no hemitórax direito (20x19x10cm). Colocado dreno torácico com saída de conteúdo purulento com exame citológico compatível com exsudado (critérios de *Light*). Iniciada antibioterapia e lavagens pleurais. Portanto, piotórax com derrame pleural loculado e insuficiência respiratória tipo 1 (ratio pO_2/FiO_2 160) com necessidade de oxigenoterapia nasal de alto fluxo. Sem isolamento de agente, evolução lenta mas favorável. No presente caso o controlo de foco numa fase inicial do quadro permitiu o sucesso do tratamento, a par das outras medidas instituídas.

Pneumotórax espontâneo primário: o morfotipo que deve alertar

Rita Relvas; Ana Maria Grilo; Ana Filipa Santos; Victor Fonseca

HOSPITAL CASCAIS - DR. JOSÉ DE ALMEIDA

Tema: Doenças respiratórias

Introdução

Homem, 19 anos, morfotipo longilíneo, saudável, não fumador. Recorre ao Serviço de Urgência por dispneia e toracalgia anterior direita tipo pleurítica, de início súbito. Objetivamente com hiperressonância à percussão do hemicampo direito, com murmúrio vesicular abolido neste hemitórax. Analiticamente sem alterações; com radiografia torácica a revelar volumoso pneumotórax à direita (figura 1.A). Assumido pneumotórax primário espontâneo, sendo realizada toracocentese com drenagem torácica e oxigenoterapia. O doente evolui com melhoria clínica e radiológica (figura 1.B), sendo dada alta com indicação para evicção de atividade física vigorosa e mudanças de altitude até consulta, dentro de 1 mês, com novo exame de imagem nessa fase.

Além das aparências: um caso raro de metástase cutânea de adenocarcinoma do endométrio

Beatriz Luís Lopes; Mariana da Silva Alves; Carolina Cardoso; Pedro Dias Dos Santos; David M. Furtado; Filipa Pedro; Pedro Febra; Isabel Martins

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO

Tema: Doenças oncológicas

O adenocarcinoma (ADC) do endométrio é a neoplasia maligna ginecológica mais comum nos países desenvolvidos. Os locais frequentes de metastização são: pulmão, fígado, ossos e gânglios pélvicos e para-aórticos. Metástases cutâneas são raras, sendo associadas a doença avançada e mau prognóstico.

Mulher 86 anos com ADC do endométrio, desenvolveu lesão ulcerada, nodular, com áreas de necrose e hemorragia com 5x4,5cm, no 5º dedo da mão esquerda. Inicialmente suspeitou-se de carcinoma espinocelular primário. O aumento da lesão levou à amputação, com exame anatomopatológico que confirmou metástase por ADC do endométrio. É, assim, importante o diagnóstico diferencial das lesões cutâneas atípicas em doentes oncológicos.

Trombos intracavitários num pós enfarte agudo do miocárdio

Pedro Laranjo; Margarida Santos; Mónica Ferro Silva; Kostyantyn Romashchuk; Luísa Alvarenga; Rodrigo Morgado; Lucas Diaz; Yulia Shigaeva; Henrique Rita

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO LITORAL ALENTEJANO

Tema: Doenças cardiovasculares

Homem, 75 anos, antecedente de enfarte agudo do miocárdio recente e insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida estimada em 20%. Admitido no serviço de urgência por dor torácica e dispneia de início súbito.

Analiticamente com D-dímeros (3499ng/mL). Na tomografia de tórax com angiografia objetivado tromboembolismo periférico e trombos intracavitários cardíacos. O ecocardiograma transtorácico revelou um trombo esférico cavitado e instável (>12cm) no ventrículo esquerdo e um trombo aderente ao septo interauricular (8cm).

O caso relata um *status* pós enfarte recente com disfunção grave ventricular esquerda a condicionar hipercoagulabilidade e formação de trombos intracavitários.

Sinal de Lancisi: o que a Jugular nos conta sobre o coração?

Ana Rita Ambrósio¹; Francisco Lemos de Sousa²; Francisca Martins Nunes²; Maria Leonor Moura²; Olga Sousa²; Marta Ponte²; Ricardo Fontes-Carvalho²

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Doenças cardiovasculares

Um homem de 73 anos com história de fibrilhação auricular permanente e doença coronária de 3 vasos submetido a cirurgia de revascularização miocárdica, apresenta-se em consulta com queixas de dispneia progressiva e pulsatilidade anormal no pescoço desde a cirurgia cardíaca. Traz doppler carotídeo sem alterações relevantes. Auscultação cardíaca com sons disrítmicos e sopro sistólico grau II/VI a nível do bordo esternal esquerdo. À avaliação do pescoço, objetiva-se ingurgitamento e pulsação venosa muito ampla bilateralmente, conhecida como sinal de Lancisi (SL). O ecocardiograma transtorácico confirmou a presença de insuficiência tricúspide (IT) grave de novo com dilatação das cavidades direitas e função ventricular direita conservada. O SL é um achado físico clássico causado por um aumento do refluxo para a aurícula direita durante a sístole, secundário a IT grave.

A importância da ecografia pulmonar (POCUS) num caso de pneumonia

Joana C. Ramos; Arsénio Santos; Patrícia Dias

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem de 59 anos, internado por pneumonia adquirida na comunidade a condicionar insuficiência respiratória global. Após antibioterapia empírica, 7 dias de ceftriaxone e 5 dias de azitromicina, e ausência de melhoria clínica, com necessidade de aumentar oxigenioterapia e radiografia do tórax a manter opacidade em toalha de todo o hemitórax direito, foi realizada uma ecografia pulmonar à cabeceira do doente que foi sugestiva de abscessos pulmonares [PD1] no lobo inferior direito[PD2] .

Tendo em conta as imagens, foi realizada TC Torácica que confirmou a presença de abscessos com nível hidroaéreo. Manteve antibioterapia com ceftriaxone e metronidazol por 6 semanas com boa resposta clínica e analítica.

Perónio, um osso dispensável?

Joana C. Ramos; André Abreu; Arsénio Santos; Patrícia Dias

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças oncológicas

Homem, de 78 anos, com marcha autónoma, foi observado no serviço de urgência por dor intensa na perna direita, com 2 semanas de evolução e agravamento progressivo.

Objetivamente, apresentava estabilidade hemodinâmica, apirexia e tumefação junto ao maléolo externo, duro-elástica, edematosa, ruborizada e quente, com 8-10 cm de diâmetro. Pedida ecografia dos tecidos moles e radiografia.

Radiografia: massa na extremidade distal do perónio direito, com 13 cm de diâmetro longitudinal e 8x5,5cm de eixos transversais; aspeto agressivo com expansão, interrupção da zona de transição, destruição óssea total e reação periosteal.

Transferido para Consulta de Ortopedia para estudo da lesão. Após outros exames, concluiu-se por neoplasia do urotélio alto direito, localmente avançada, com metastização óssea.

Um achado inesperado num doente em coma

Ana Rita Dos Santos Ribeiro; Ricardo Ralha Martins; Liliana Pedro; Raquel Borges Pinho; Nuno Bernardino Vieira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALGARVE

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

Homem, 87 anos, encontrado inconsciente no domicílio, tendo sido visto bem pela última vez uma semana antes. À admissão no Serviço de Urgência apresentava-se prostrado com Escala de Coma de Glasgow 6/15. Realizou Tomografia Computorizada Crânio-encefálica com evidência de pneumoencéfalo bilateral de predomínio esquerdo, sem fratura óssea. Analiticamente com elevação de parâmetros inflamatórios.

As etiologias mais comuns de pneumoencéfalo incluem trauma contuso, cirurgia, barotrauma, causa otogénica, *pneumovagina* e meningite por organismo formador de gás. Sem história de trauma, instrumentação, ou *pneumovagina*, considerando as alterações analíticas e ausência de fratura óssea, a causa mais provável seria infecciosa, mas o doente faleceu antes de ser possível estudo adicional para confirmação etiológica.

Pápulas faciais, hematúria ocasional e pneumotórax espontâneo: um caso de Síndrome de Birt Hogg Dubé

Roman Khomynets; Liliana R Santos; Patrícia Monteiro; Miguel Arderius; Ana Julia Pedro; António Martins Baptista

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças raras

Introdução

Doente do sexo masculino, 67 anos com diagnóstico de Birt Hogg Dubé em contexto de micropápulas na face e lesões quísticas pulmonares. Foi admitido em SU por insuficiência respiratória. Da revisão de aparelhos e sistemas apurou-se ainda hematúria ocasional. Efectuou Rx tórax e TC torácica que documentaram pneumotórax extenso à esquerda com sinais de organização, fixação do parênquima pulmonar e consolidação atelectásica compressiva do mesmo. Foi internado para tratamento cirúrgico do pneumotórax complicado e para investigação de atipia renal.

Nos doentes com BHD é essencial o rastreio anual de tumores renais dado o risco aumentado de neoplasia renal.

Pulmão de Legionella: o impacto fatal da imunossupressão

**Beatriz Luís Lopes; Mariana da Silva Alves; Marta Margarido; Carolina Cardoso;
David M. Furtado; Pedro Dias Dos Santos; Filipa Pedro; Ana Clara Dinis; Isabel Martins**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO

Tema: Doenças respiratórias

A Legionella pode cursar com pneumonia grave, associada, muitas vezes, a evolução desfavorável em indivíduos imunocomprometidos.

Homem, 53 anos, com antecedentes pessoais de doença hepática crônica e etilismo, que suspendeu a medicação habitual. Trazido à urgência por hematémeses e anorexia, evoluindo para choque hemorrágico. A endoscopia urgente revelou esofagite grave e candidíase esofágica. Horas depois, apresentou quadro de dispneia e dessaturação, com hipotransparência no hemitórax esquerdo e antígenúrias positivas para Legionella. A tomografia evidenciou pneumonia bilateral extensa, evoluindo rapidamente para síndrome do desconforto respiratório agudo. Apesar das medidas, o doente acabou por falecer.

Este caso ilustra a gravidade da Legionella em doentes imunocomprometidos e reforça a importância do diagnóstico precoce e tratamento adequado.

Pioventriculite: Uma Complicação Grave do Abscesso Cerebral

**Beatriz Luís Lopes; Mariana da Silva Alves; Carolina Cardoso; Pedro Dias Dos Santos;
David M. Furtado; Filipa Pedro; Rita Serras Jorge; Isabel Martins**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A pioventriculite é uma complicação rara, mas devastadora, com elevada morbilidade e mortalidade. Uma das causas pode ser por disseminação direta por abscesso cerebral. Quando a pressão dentro do abscesso excede a resistência do tecido cerebral circundante, ocorre a rutura do abscesso. Se essa rutura ocorrer diretamente para o sistema ventricular, a infeção espalha-se rapidamente pelo líquido cefalorraquidiano (LCR), causando pioventriculite. Homem, 87 anos, admitido por prostração e alteração do estado de consciência, com tomografia computadorizada de crânio evidenciando lesão expansiva cerebral, hidrocefalia e espessamento endodimário. A RM confirmou abscesso cerebral com drenagem ventricular.

A imagem destaca achados típicos de pioventriculite, enfatizando a importância do diagnóstico precoce para uma resposta rápida cirúrgica.

Síndrome de Ramsay Hunt Após Extração Dentária – Sem Motivo para Sorrir

Filipa Reis; João Lança; Vítor Oliveira; Inês Fernandes; Dora Gomes; Nuno Monteiro

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE VISEU DÃO-LAFÕES

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Ramsay Hunt resulta da reativação do vírus *Varicella Zoster* (VZV) no gânglio geniculado, com erupção vesicular, otalgia e paralisia facial (PFP). Relata-se o caso de uma mulher, 66 anos que, após extração dentária, desenvolveu PFP e otalgia; antecedentes de VZV na infância. Diagnóstico inicial de paralisia de Bell, 7 dias depois apresentou vesículas e infeção auricular, confirmando-se *Ramsay Hunt*. Foi tratada com prednisolona, aciclovir e fisioterapia. A reativação do VZV está documentada em estados de imunossupressão, mas este caso sugere que a manipulação direta do nervo durante um ato cirúrgico foi o fator precipitante. É essencial reconhecer os casos de risco de forma a tomar medidas preventivas para reduzir sequelas.

Tuberculoma em “cacho de uva”

Leonor Neves; Daniela Silva; Beatriz Sá Pereira; Rita Penaforte; Teresa Costa Pereira; Paulo Ramos; Alice Rodrigues; Fernando Aldomiro

HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

INTRODUÇÃO

Mulher, 36 anos, paquistanesa, recém-imigrada em Portugal, com internamento recente por meningite tuberculosa [na altura, tomografia computadorizada crânioencefálica (TC-CE) sem alterações], sob terapêutica antibacilar quádrupla e corticoterapia adjuvante. Readmitida por recrudescência de febre, início de agitação, cefaleia holocraniana e sinais neurológicos focais (ptose, midríase, oftalmoparésia, dismetria apendicular e ataxia da marcha). A TC-CE revelou lesão expansiva têmporo-mesial esquerda, posteriormente caracterizada em ressonância magnética como “em cacho de uva”, com realce parietal e extenso edema vasogénico associado. O diagnóstico de tuberculoma do sistema nervoso central, com conformação atípica, foi feito após exclusão de diagnósticos alternativos, e após se confirmar incumprimento terapêutico para a meningite.

“Largada de Balões” - no diagnóstico inaugural de provável neoplasia do colon

Beatriz Mata Dos Santos; Inês Domingues; Patrícia Santos; Vanda Spencer

ARS LISBOA E VALE DO TEJO

Tema: Doenças oncológicas

Mulher, 96 anos, admitida no serviço de urgência por dor abdominal e quadro consumptivo. Imagiologicamente documenta-se pneumoperitонеu e múltiplas opacificações redondas, típicas de metástases pulmonares em aspeto de “largada de balões”. O estudo etiológico por tomografia computadorizada sugere neoplasia primária no cólon sigmóide complicada com perfuração, e provável secundarização hepática e pulmonar.

As metástases pulmonares ocorrem em cerca de um terço dos doentes com neoplasia colorretal metastizada. A apresentação em “largada de balões” é incomum em neoplasias primárias do cólon, sendo clássica nos carcinomas de células renais e colangiocarcinomas. Esta imagem ilustra um caso pouco descrito da neoplasia colorretal.

“Crazy paving” no contexto de pneumonite intersticial secundária a bleomicina

Margarida Miguel Paraíso¹; Rafael Curto¹; Ana Luísa Rodrigues¹; Ana Cristina Peixoto¹; Tânia Marisa da Silva²; António José Braga¹; Tiago Veiga¹

¹ CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO, EPE

² CENTRO HOSPITALAR NOSSA SENHORA DA OLIVEIRA, EPE

Tema: Doenças respiratórias

Homem de 65 anos, com diagnóstico de novo de Linfoma de Hodgkin clássico medicada com bleomicina. Admitido no Serviço de Urgência por agravamento do padrão habitual de dispneia associado a tosse com expectoração de características mucosas com 3 dias de evolução. Por apresentar insuficiência respiratória hipoxémica severa com necessidade de máscara de alta concentração, realizou angio-tomografia computadorizada torácica que revelou reticulação periférica do parênquima pulmonar com alterações da ventilação/perfusão e espessamento intersticial, com áreas de espessamento dos septos interlobulares e densificação em vidro despolido, esboçando-se padrão em “crazy paving”. Estes achados imagiológicos foram interpretados no contexto de pneumonite intersticial secundária a bleomicina.

SÍNDROME DE NUTCRACKER: UM DESAFIO

Sofia Miguelote

CUF PORTO

Tema: Doenças renais

Jovem do género feminino, 28 anos, com litíase renal e doença inflamatória intestinal. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal, náuseas, vômitos e diarreia aquosa de predomínio noturno com sangue e muco. Analiticamente de realçar alterações iónicas, hipocalémia e hipomagnésia. TC-AP com espessamento parietal do reto e cólon sugerindo colite infecciosa e compressão da veia renal entre aorta e artéria mesentérica superior condicionando ectasia a montante com cerca de 10 mm traduzindo Síndrome de Nutcracker. Normalmente esta entidade rara é assintomática, com predomínio no género feminino e com distribuição bimodal, adolescentes vs jovens adultos ou mulheres na meia-idade com apresentação de congestão pélvica. O diagnóstico precoce desta entidade leva ao clínico a estar atento a futuras manifestações urológicas ou pélvicas e tratá-las convenientemente.

Doença de Fahr: Quando a Imagiologia Revela o Diagnóstico

Diana Marreiros; Cláudia Alexandra Ribeiro; Mónica Ferro Silva; Maria Luísa Alvarenga; Rodrigo Morgado; Monika Dvorakova; Inês Gomes Madeira; Kostyantyn Romashchuk; Valentyn Roshkulets; Ana Margarida Santos; Sara Rodrigues Silva; Pedro Laranjo; Filipe Cunha Dias; Cátia Albino; Henrique Rita

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO LITORAL ALENTEJANO

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

A Doença de Fahr é uma doença neurodegenerativa rara, caracterizada por calcificações bilaterais nos núcleos da base e córtex cerebral. Pode mimetizar doenças cerebrovasculares e infecciosas, dificultando o diagnóstico. Homem de 77 anos, admitido por tremor, confusão mental e hemiparesia esquerda. A TC cranioencefálica evidenciou calcificações nucleocapsulares, talâmicas e cerebelosas, compatíveis com Doença de Fahr. Evoluiu com depressão do estado de consciência, agitação psicomotora e infeção respiratória nosocomial. Foi tratado com terapêutica empírica e ajuste da medicação psiquiátrica, com recuperação clínica progressiva. A imagiologia tem um papel crucial no diagnóstico da Doença de Fahr, permitindo o reconhecimento precoce e abordagem clínica adequada.

Massa Mediastínica: O Desafio do Diagnóstico Diferencial

Diana Marreiros; Cláudia Alexandra Ribeiro; Mónica Ferro Silva; Maria Luísa Alvarenga; Rodrigo Morgado; Monika Dvorakova; Inês Gomes Madeira; Kostyantyn Romashchuk; Valentyn Roshkulets; Margarida Santos; Sara Rodrigues Silva; Pedro Laranjo; Filipe Cunha Dias; Cátia Albino; Henrique Rita

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO LITORAL ALENTEJANO

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

O linfoma não Hodgkin primário do mediastino é uma neoplasia rara, por vezes confundida com timoma, linfoma de Hodgkin e neoplasias germinativas, e com apresentação clínica inespecífica. Mulher de 30 anos, saudável, há dois meses com dispneia, dor torácica e perda ponderal. TC tórax revelou volumosa massa mediastínica anterossuperior com invasão da parede torácica, compressão vascular e derrame pleural esquerdo. O diagnóstico diferencial incluiu timoma, linfoma e neoplasia germinativa. A biópsia osteomedular confirmou linfoma não Hodgkin primário do mediastino. PET-CT revelou envolvimento ganglionar supradiaphragmático e extensão pleural. Iniciou quimioterapia sem intercorrências. O caso reforça a importância do diagnóstico diferencial em massas mediastínicas, destacando o papel da imagiologia e biópsia na escolha da estratégia terapêutica.

Complicação expectável, mas inesperada

Fábia Cerqueira; Beatriz Pessoa; Valentim Rodrigues; João Luís Cavaco; Joana C. F. Lima; Armando Lopes Bráz

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Homem, 43 anos, com diagnóstico de carcinoma pavimento-celular da faringe sem tratamento oncodirigido, recorre à Urgência por dor torácica tipo pontada, com irradiação dorsal. À observação, hipotenso; taquicárdico; febril; prostrado e pálido. Analiticamente, anemia 7g/dL; leucocitose 27600 com 94% neutrófilos; trombocitose 718000; sódio 129mmol/L, proteína C reativa 28,4mg/dL. Gasimetria com hipoxemia e alcalose respiratória. Faz Rx Tórax com hidropneumotorax exuberante à esquerda e TC-Tórax a revelar extenso derrame pleural e pneumotórax à esquerda, com colapso pulmonar. Realiza toracocentese com saída de pus, tendo iniciado empiricamente Piperacilina/Tazobactam. Após isolamento de *Fusobacterium nucleatum*; *Prevotella buccae*; *Parvimonas micra* e *Streptococcus Grupo anginosus*, alterou-se antibioterapia para Meropenem e Linezolid.

De ferida descurada a neoplasia preocupante

Fábia Cerqueira; Catarina Lopes; Beatriz Pessoa; Valentim Rodrigues; Joana C. F. Lima; Armando Lopes Bráz

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Homem, 58 anos, recorre à Urgência por ferida na região inguinal direita com 6 meses de evolução. À observação, massa ulcerada na região inguinoescrotal direita, com exsudado purulento, associada a edema de todo membro inferior homolateral. Analiticamente, anemia 8,4g/dL; leucocitose 18800 com 84,5% neutrófilos; trombocitose 643000; velocidade sedimentação 91mm; sódio 129mmol/L e proteína C reativa 24,2mg/dL. Faz TC-Pélvica a revelar volumosa lesão vegetante (140x103x138mm), ulcerada, na região proximal da coxa direita, com solução de continuidade à pele, contacto com o corpo do pénis e perda de clivagem com os músculos mediais da coxa (grácil, sartório, pectíneo adutor longo). Realiza biópsia sugestiva de Linfoma Não-Hodgkin de alto grau, difuso de grandes células B, tendo iniciado quimioterapia.

Doença de Buerger, um diagnóstico diferencial

**Ana Catarina Domingues; Ricardo Martins-Ascencao; Joana Raquel Monteiro;
Patrícia Fernandes; Nádia Santos; Ana Rita Freire; Sónia Salgueiro; Renato Saraiva**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE LEIRIA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução

Mulher de 51 anos, antecedentes tabágicos (20 UMA's). Recorre ao Serviço de Urgência por quadro de dor intensa na região distal do 2º a 5º dedos da mão esquerda com 2 meses de evolução e agravamento progressivo associada a dormência.

Ao exame objectivo com cianose da falange distal do 2º a 5º dedos da mão esquerda. Realizou AngioTC do membro superior esquerdo que exclui oclusão arterial ou estenoses ao longo da árvore arterial do mesmo.

Realizou capilaroscopia que diagnosticou doença de Buerger, caracterizada por inflamação de artérias de pequeno e médio calibre dos membros superiores e inferiores, causando trombos e estenoses. É mais prevalente em jovens fumadores.

POUCS Comunicação Interventricular adquirida

André Calheiros Martins; Carlos Goncalves; Nereida Monteiro; Rafael Freitas; Claudio Coelho; Eduardo Viana

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

POCUS é, hoje, uma ferramenta facilmente disponível capaz de complementar capacidades diagnósticas do exame físico convencional.

Reportamos caso de doente internado por Pneumonia pneumocócica invasiva que, apesar de melhoria parâmetros inflamatórios, mantinha insuficiência respiratória grave.

Efetuada ecografia à cabeceira do doente que evidenciou septo interventricular com solução de continuidade no segmento médio–distal (seta na imagem 1), condicionando comunicação interventricular de grandes dimensões, confirmada posteriormente por ecocardiograma transtorácico formal.

Este caso sublinha a utilidade do POCUS na rápida identificação de fatores subjacentes a agravamento ou instabilidade clínica, permitindo uma mais atempada orientação que, em casos de maior gravidade, pode ser life-saving.

Rede de Chiari: achado em POCUS cardíaco

André Calheiros Martins; Carlos Goncalves; Nereida Monteiro; Rafael Freitas; Claudio Coelho; Eduardo Viana

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

Tema: Outro

A rede de Chiari é uma anomalia congénita que ocorre durante o desenvolvimento fetal, como resultado da incompleta regressão da válvula direita do seio venoso; é relativamente inusual, estimando-se afetar menos de 2% da população geral. Apresenta-se ecocardiograficamente como uma rede, ou estrutura linear se ausência de fenestrações, movendo-se livremente na aurícula direita em movimento tipo “chicote” - ver seta na imagem

Habitualmente, considerado como entidade benigna, apesar de relatos de provável relação com processos tromboembólicos, arritmias, endocardites e complicações de procedimentos invasivos direitos.

Pela possível confusão diagnóstica importante lembrar a possibilidade de encontrar este elemento anatómico durante realização de POCUS cardíaco.

Quando a Figueira Deixa Marcas: A Importância da história clínica

Alexandra Mendes; Ana Filipa Martins; Rita Matos Sousa; Cleide José Maria; Inês de Brito Gonçalves; Joana Monteiro; José Pimentel Maia; Mariana Ruivo; Luís Campos; Joana Moraes; Rosa Carvalho; Maria João Regadas

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Outro

A Fitofotodermatite é uma reação cutânea decorrente da interação de furocumarinas com radiação ultravioleta. Por ser um diagnóstico clínico, o seu diagnóstico assenta essencialmente no conhecimento das substâncias que contêm furocumarinas, na história clínica detalhada e identificação do *rash* característico. Apresentamos o caso de um homem de 43 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência por *rash* maculopapular pruriginoso, associado a flictenas. Detalhando a história clínica, os sintomas ocorreram 24 horas após estar a podar uma figueira. O exame físico revelou um eritema vesicular extenso nas áreas expostas à luz, que contactaram com a árvore. Foi, assim, realizado o diagnóstico de fitofotodermatite associada à figueira.

Acidente vascular cerebral: quando o terceiro par craniano fica em stand by

Ana Gabriela Paupério; Mariana Sant'ana; Cátia Oliveira; Helena Rodrigues; Rita Maciel

ULS ENTRE DOURO E VOUGA

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Mulher de 78 anos, com antecedentes de fibrilhação auricular. Submetida a arteriografia eletiva de revascularização por isquemia do membro inferior três dias antes tendo suspenso a hipocoagulação. Recorreu à urgência por desvio do olhar com início inferior a 24 horas. Apresentava, na posição primária do olhar, desvio em infradextrodução do olho direito, parésia da adução do olho esquerdo, nistagmo vertical, paralisia facial central esquerda. Tomografia computadorizada com estenose e trombo suboclusivo no terço médio da basilar. Assumido, acidente vascular cerebral vertebrobasilar (artéria cerebelar inferior posterior direita e perfurantes basilar) cardioembólico e aterotrombótico. Não submetida a trombólise nem trombectomia, iniciou terapêutica tripla com hipocoagulação e dupla antiagregação. Evoluiu com resolução dos défices.

Edema unilateral da língua: uma manifestação rara de angioedema associado a i-ECA

Gonçalo Carneiro; Iara Ferreira; Catarina Reigota

CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE DOURO E VOUGA, EPE / HOSPITAL DE S. SEBASTIÃO

Tema: Outro

Doente de 77 anos recorre ao SU por edema unilateral da língua e lábio inferior, de início súbito (img 1). Sem antecedentes de alergias, ingestão de novos alimentos ou fármacos. Melhoria clínica com corticoterapia e anti-histamínico endovenosos. Após exclusão de outras causas o quadro foi atribuído à toma habitual de i-ECA, que foi suspenso.

Embora o risco estimado de angioedema associado a i-ECA seja de 1%, o seu uso disseminado potencia esta ocorrência que pode surgir anos mais tarde após o início das tomas.

A apresentação típica passa por edema labial, da língua ou orofaringe, acarretando risco de obstrução da via aérea. Contudo, o edema pode apresentar-se apenas unilateralmente, representando uma forma extremamente rara desta entidade. A excentricidade semiológica desta apresentação pode ser um fator confundidor, atrasando diagnóstico e tratamento.

Lesões improváveis: um diagnóstico de Herpes Zoster

Maria Inês Risto; Rafaela Ribeiro; Carolina Basílio Lemos; Gonçalo Fonseca; Nuno Moreira; Andreia Vilas Boas

HOSPITAL DA LUZ ARRÁBIDA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

O Herpes Zoster, é uma infeção causada pela reativação do vírus varicela-zoster. Apresentamos um doente de 61 anos, história pregressa de Doença de Crohn sob corticoterapia com redução recente da dose. Vem à consulta por aparecimento de lesões cutâneas na região frontal e base do nariz em bolha, muito dolorosas e com sinais inflamatórios (imagem 1). Sem história de trauma. Iniciou tratamento antibiótico, sem melhoria e inclusive agravamento dos sinais inflamatórios, aparecimento de crostas e de lesões vesiculares (imagem 2, setas finas), achados nessa fase sugestivos de Herpes Zoster de V1. Iniciou valaciclovir com resolução. Relembramos uma entidade comum com apresentação menos convencional que atrasou o diagnóstico.

Aneurisma micótico secundário a endocardite infecciosa – caso clínico

Carolina Anjo¹; Ana Margarida Coutinho²; Inês Pereira²; Ana Luísa Silva²; Tatiana Santos²; Sílvia Monteiro²; Francisco Gonçalves²

¹ HOSPITAL DE VISEU

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem, 45 anos, toxicodependente. Apresentou-se no Serviço de Urgência por febre, sendo internado por endocardite mitral por *Staphylococcus aureus*. Evoluiu com insuficiência respiratória hipoxémica, necessitando de entubação orotraqueal.

Aos 21 dias, 2 dias após extubação, foi reintubado por falência respiratória. Constatada tetraparésia. Realizou TAC crânio, sem alterações de relevo. Sem melhoria após reabilitação intensiva, passados 14 dias, pediu-se RMN crânio que revelou aneurisma micótico frontal esquerdo e lesão hemorrágica frontal esquerda. Optou-se por tratamento conservador, vindo o doente a falecer.

Aneurismas micóticos afetam 1 a 7% dos doentes com endocardite, com maior associação a *S. aureus*. O tratamento precoce impacta o prognóstico.

Angina Bolhosa Hemorrágica

António Cardoso Fernandes; Patrícia Araújo; Ana Frederica Parente; Iara Fazenda; Sara Armelim Alves; Joana Costa Lemos; Cátia Barreiros; Carmélia Rodrigues; Diana Guerra

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

Tema: Outro

A angina bolhosa hemorrágica é uma condição rara e benigna, caracterizada pela formação de bolhas hemorrágicas na mucosa oral, com resolução espontânea e para tratamento sintomático. Apresenta maior incidência em doentes com Diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2), Hipertensão Arterial (HTA), ou utilizadores de corticoterapia inalada, contudo sem relação causal estabelecida. Apresenta-se o caso de uma mulher de 85 anos, com antecedentes de HTA, DM2 e doença pulmonar obstrutiva crónica, sob corticoterapia inalada crónica. Admitida por pneumonia com insuficiência respiratória tipo 1. Durante o internamento, aparecimento de uma lesão no palato duro, compatível com angina bolhosa hemorrágica (Imagem 1), com sangramento, mas sem complicações adicionais.

Quando uma celulite corre mal

Joana Soares Mendonça; Sara Camões

HOSP PEDRO HISPANO

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Homem 52 anos, diabético com mau controlo metabólico, recorre ao Serviço de urgência por quadro de dor na coxa e joelho direitos associada a rubor e edema com 2 semanas de evolução, depois da realização por ortopedia de uma artrocentese ao joelho direito. Ao exame objetivo, região lateral da coxa e joelho direitos ruborizados com calor, edema, pele em “casca de laranja” e dor ao toque. Pela extensão do quadro realizou tomografia computadorizada que confirma celulite com abscesso de extensão 40x4x14,7cm (Fig 1 e 2). Iniciou piperacilina/tazobactam e clindamicina e foi ao bloco operatório para controlo do foco, tendo sido isolado *Streptococcus agalactiae*. Pretendemos alertar para o risco de complicações após artrocentese, de pertinência questionável neste caso particular.

Olhos verdes: genética ou Herpes simplex?

**Inês Rafael Marques; Carla Madureira Pinto; Adriana Pereira Almeida; Inês Silva;
Sara Marques Silva; Sofia Festa**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO AVE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Uma mulher de 82 anos, internada por meningite pneumocócica sob antibioterapia endovenosa, iniciou quadro de secreções aquosas provenientes do olho direito, associadas a hiperemia conjuntival. A observação oftalmológica com fluoresceína revelou mais de dez lesões dendríticas, a maior localizada no quadrante superior medial (figura 1). Diagnosticou-se queratite herpética e foi iniciado ganciclovir tópico e aciclovir endovenoso. Após dois dias, apresentou secreções purulentas ipsilaterais de novo (figura 2), tendo sido diagnosticada sobreinfecção bacteriana e medicada com cloranfenicol tópico. Após quatro dias de antivirais, as lesões desapareceram completamente.

Doença de Paget do Osso Monostótica

Francisco Soares Laranjeira; Anabela Raimundo; Cristina Lowenthal

HOSPITAL DA LUZ LISBOA

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Sexo masculino, 56 anos, com doença de Huntington que por agravamento das queixas neurológicas, realizou tomografia computadorizada crânio encefálica que detetou lesões ósseas no crânio sugestivas de mieloma múltiplo não confirmado pelo estudo complementar. Das análises, destacava-se apenas aumento isolado da fosfatase alcalina. Realizou cintigrafia óssea que mostrou hiperfixação do radiofármaco ^{99m}Tc -HMDP em toda a calote craniana (1), mas de forma mais acentuada no hemicrânio esquerdo bem como nos ossos malares e maxilares superiores, poupando a mandíbula (2), que sugeria doença de Paget, com restante esqueleto sem alterações significativas. Este caso enfatiza o papel da cintigrafia óssea no diagnóstico diferencial de lesões ósseas e da avaliação na doença óssea metabólica e é singular pela localização exclusiva de lesões cranianas, pouco habitual no Paget.

Apresentação atípica de eritema pérmio

Renata Maçano; Roamana B E T T Fagundes; Daniela Cruz; Andreia Freitas

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Outro

Relata-se o caso de uma mulher de 83 anos, internada por IC descompensada com edemas nas mãos e flictenas hemáticas dolorosas nas extremidades dos 5º e 4º dedos da mão direita, e do 2º, 3º e 4º dedos da mão esquerda. Apresentava mãos quentes, bem perfundidas, com pulsos amplos e simétricos e sensibilidade e mobilidade preservadas. Consideraram-se como hipóteses diagnósticas embolização séptica ou vasculite crioglobulinémica. Ambas as hipóteses foram descartadas por hemoculturas e marcadores de inflamação, painel autoimune, crioglobulinas e antígenos de hepatites foram negativos. Após exclusão destes diagnósticos, realizou-se biópsia das lesões, revelando tratar-se de eritema pérmio, procedendo-se à drenagem e desinfeção das flictenas.

Dispneia: uma causa abdominal ou abismal

Letícia Garcia Naben; Carolina Almeida Robalo; Ana Teixeira Reis; Francisca Saraiva Santos; Margarida Gomes Neto; Pedro Carreira; Susana Marques; Ermelinda Pedroso

CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, EPE / HOSPITAL DE SÃO BERNARDO

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Homem, 86 anos, antecedentes de fibrilhação auricular e hiperplasia benigna da próstata. Dirigiu-se ao Serviço de Urgência por prostração, dispneia e distensão abdominal com 3 dias de evolução. Ao exame objetivo, abdómen timpânico e doloroso à palpação em todos os quadrantes. Realizou radiografia de abdómen com elevação das cúpulas diafragmáticas e dilatação do cólon. A TAC abdomino-pélvica descrevia dilatação significativa do cólon, com diâmetro de 141mm e órgãos envolventes empurrados pelas ansas intestinais corroborando Síndrome de Chilaiditi, a condicionar insuficiência respiratória parcial. Colocada sonda de enteróclise sem necessidade de intervenção por Cirurgia Geral, com melhoria sintomática.

Omental Cake e Tumor Primário Oculto: Quando a imagem guia a investigação

Inês Graça; Ana Laura Costa; Rita Novera Sousa; Eduardo Eiras; Alexandre Vasconcelos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Tema: Doenças oncológicas

Mulher, 64 anos, com antecedentes de perturbação esquizoafectiva e fatores de risco vascular recorreu ao serviço de urgência por dispneia e aumento do perímetro abdominal com 2 semanas de evolução, associados a cansaço, anorexia e náuseas pós-prandiais. Ao exame objetivo de realçar: auscultação pulmonar com diminuição do murmúrio vesicular bibasal, abdómen globoso com elevada distensão, sinal de onda líquida e edema dos membros inferiores. Analiticamente sem alterações a destacar. Realizada TC-AP com evidência de ascite de grande volume, presença múltiplos nódulos hepáticos, espessamento peritoneal e imagens nodulares no omento (*Omental Cake*) sugestivos de implantes neoplásicos. A investigação posterior revelou adenocarcinoma gástrico.

*ALC e IG autoria em igual contribuição

Nódulo de Sister Mary Joseph: o primeiro sinal de uma doença maligna avançada

Gonçalo Carneiro; Rita Pinto Araújo; Nadine Almeida; Ana Mafalda Silva

CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE DOURO E VOUGA, EPE / HOSPITAL DE S. SEBASTIÃO

Tema: Doenças oncológicas

O nódulo de Sister Mary Joseph (epónimo em honra à enfermeira que o identificou) é uma tumefação umbilical que, apesar de rara, é sinal de doença metastática avançada e mau prognóstico, ocorrendo em 1-3% das neoplasias intra-abdominais (como estômago, pâncreas e cólon).

Relatamos o caso de uma doente de 67 anos, sem antecedentes médicos de relevo, com quadro de perda de peso, edema dos membros inferiores e cansaço com 3 meses de evolução, ao qual se associava tumefação umbilical com crescimento progressivo (img1). Recorreu ao Serviço de Urgência onde as características suspeitas da tumefação motivaram a realização de tomografia computadorizada, identificado-se uma lesão na cauda do pâncreas associada a outras a nível hepático e esplénico. Foi assumido o diagnóstico de neoplasia pancreática em estágio avançado. A doente foi internada tendo falecido duas semanas depois.

Fecaloma: apresentação rara de uma complicação geriátrica comum

Gonçalo Carneiro; Iara Ferreira; Gonçalo Sarmento; Ana Raquel Freitas

CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE DOURO E VOUGA, EPE / HOSPITAL DE S. SEBASTIÃO

Tema: Medicina geriátrica

Os fecalomas são mais associados à população geriátrica, potenciados pelo alectuamento, redução da qualidade da alimentação/hidratação e deterioração cognitiva. Quando não tratados podem acumular-se condicionando distensão de ansas, compressão de estruturas adjacentes ou perfuração visceral.

Relatamos o caso de uma doente de 83 anos, com demência de Alzheimer em estadió avançado, alectuada, enviada ao Serviço de Urgência por anorexia e ausência de trânsito intestinal há 5 dias. Ao exame objetivo com dor à palpação e distensão abdominal. A TC abdominal mostrou fecaloma de grandes dimensões (26cm de maior diâmetro,  e 2) a condicionar distensão marcada do cólon e dilatação pielocalicial bilateral (.

A doente foi internada com enema diário e remoção manual de fezes, com melhoria clínica e imagiológica a permitir alta e manutenção de tratamentos em ambulatório.

Tumor Fantasma

Nuno Cerejeira; Luísa Veiga de Sousa; Bárbara Barreto Laczkovits; Catarina Faísca Moreira; Joana Morais

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Tema: Doenças cardiovasculares

“Tumor fantasma” do pulmão descreve uma alteração imagiológica incomum associada a derrame pleural, que serve de fator confundidor na abordagem urgente de doentes com insuficiência cardíaca (IC). Apresenta-se o caso de um doente de 60 anos, ex-fumador, admitido por IC aguda. Na marcha diagnóstica foi realizada radiografia torácica que demonstrou uma hipotransparência incisural direita, com posterior tomografia computadorizada torácica a confirmar a presença de derrame pleural loculado incisural, vulgo “tumor fantasma”. Este achado tornou-se menos evidente com terapêutica diurética e resolução da hipervolemia subjacente. Reconhecer precocemente este achado radiológico relacionado à IC é importante para evitar procedimentos diagnósticos desnecessários e erros terapêuticos.

Ausência das Artérias Cerebrais Médias: Síndrome MOYAMOYA

**Monique Alves; Cátia Cunha Ribeiro; Diana Mimoso; Tiago Silveira Rosa; Joana Pona-Ferreira;
Mafalda Perdicoúlis; Vanessa Pires; Rita Raimundo**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

A doença de Moyamoya é uma condição cerebrovascular rara e progressiva, caracterizada pela estenose ou oclusão das porções terminais das artérias carótidas internas e suas principais ramificações, resultando numa rede de vasos colaterais frágeis visualizada por angiografia onde apresenta uma aparência de “nuvem de fumaça”. Mulher, 61 anos, recorre ao serviço de urgência por “sensação de peso” do hemicorpo esquerdo com 1 hora de evolução. Antecedentes pessoais de 3 eventos vasculares em idade jovem. Após investigação, diagnóstico de Síndrome de MoyaMoya. A gestão desta patologia inclui terapêutica médica e cirúrgica.

DESTRUIÇÃO PULMONAR MACIÇA: UM CASO COMPLEXO DE SILICOSE

**Marta Mesquita; Andreia Lopes Sousa; Inês Pinto Rodrigues; Patrícia Florindo;
Filipa Marques Rodrigues; Maria João Palavras; Ana Rita Marques; Ilídio Brandão**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças respiratórias

A silicose é uma pneumoconiose por inalação de partículas de sílica. Em fase avançada pode levar a fibrose maciça com necessidade de transplante pulmonar.

Homem, 59 anos, antecedentes de silicose pulmonar, apresenta agravamento súbito da dispneia, pieira e tosse produtiva. Objetivamente com roncos dispersos e broncospasmo. A TC torácica revelou volumosas consolidações espiculadas, áreas de retração parenquimatosa adjacentes e aprisionamento aéreo nos lobos superiores. Por elevação dos parâmetros inflamatórios e febre, assumida infeção respiratória com agravamento da sua insuficiência respiratória.

O caso evidencia a dificuldade em identificar progressão da doença versus intercorrência infecciosa perante alterações radiológicas tão exuberantes.

CARCINOMA RENAL COM DIFERENCIAÇÃO SARCOMATÓIDE: UMA RARA APRESENTAÇÃO

Luís Coelho; Jorge Frade; Mafalda Leal; Ana Catarina Pereira; Carlota Laland; Maria Rebelo; Sofia Salvo; Catarina Costa; Beatriz Barata; Madalena Lisboa

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças oncológicas

A variante sarcomatóide é uma forma rara e agressiva do carcinoma de células renais, podendo cursar com metastização ganglionar, hepática ou pulmonar.

Homem, 58 anos, recorre ao serviço de urgência por tumefação cervical esquerda com 3 meses de evolução, associada a perda de peso, disfonia e disfagia para sólidos. À observação com uma massa de consistência pétrea, não móvel, não pulsátil, indolor e sem outros sinais inflamatórios. A tomografia computadorizada revelou conglomerado adenopático com áreas necróticas na região cervical anterior esquerda com 5x4,5cm. A nível abdominal descrita lesão infiltrativa no rim esquerdo, sugestiva de atipia. Biopsada massa cervical que se revelou metástase de carcinoma renal com diferenciação sarcomatóide.

Da cefaleia thunderclap ao diagnóstico de aneurisma basilar gigante: a importância da TC precoce

Daniela Alves; Paula Mesquita; Raquel Vieira; Sara Bravo; João Fonseca; Susana Cavadas

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Mulher, 53 anos, com diagnóstico de hipertensão arterial, admitida na sala de emergência por alteração do estado de consciência, precedida por cefaleia intensa e síncope. Ao exame objetivo apresentava-se hemodinamicamente estável, com discurso confuso, sem evidente lateralização motora. Realizou TC crânio com Angio-TC que confirmou a presença de hemorragia subaracnoideia (HSA) associada a um volumoso aneurisma da artéria basilar, medindo 22 mm no maior eixo no plano axial. Posteriormente, foi submetida a tratamento vascular neurocirúrgico.

Apesar da doente apresentar sintomas neurológicos, importa relembrar que 40% dos doentes com HSA aneurismática pode apresentar cefaleia intensa sem outros sintomas associados. Assim, em doentes com cefaleia súbita e intensa, a realização precoce de TC crânio é fundamental para o diagnóstico e abordagem adequados.

Osteomielite Enfisematosa: Imagem de uma entidade rara

Filipa Cunha; Rita Gonçalves Pinto; Diogo Ferraro Junqueira; Daniela Santos; Pedro Pires Mesquita; Juliana Andrade; Marta Braga Martins; Marina Alves; Céu Rodrigues; Vânia Gomes; Paulo Gouveia

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças raras

Introdução

A osteomielite enfisematosa é uma entidade rara, que se caracteriza pela presença de gás intraóssea, frequentemente causada por bactérias como Enterobacteriaceae e anaeróbios.

Caso Clínico

Doente de 92 anos, sexo feminino. Queixas de vômitos, diarreia, febre e dor no membro inferior direito. Tomografia computadorizada revelou espessamento parietal difuso por todo o cólon, com edema discreto da gordura pericólica, sugestiva de colite não específica; bem como pequenas bolhas gasosas intramedulares na asa sagrada direita e na vertente posterior do osso ilíaco direito. Ortopedia excluiu indicação cirúrgica. Cumpru 35 dias de antibioterapia endovenosa com Ciprofloxacina e Metronidazol e 14 dias de Piperacilina-Tazobactam, sem boa evolução.

Quando a eletroforese de proteínas traz surpresas

João Pedro F. Marques; Ana Mafalda Abrantes; Carolina António Santos; M. Inês Parreira; António Martins Baptista; Ana Alves Cardoso

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças hematológicas

Homem, 81 anos, internado por pneumonia adquirida na comunidade. Estudo analítico com pico monoclonal de 3.8g/dL na fração gama em doente com anemia normocítica e normocrômica e doença renal crónica estadio 3A previamente conhecidas, mas de etiologia indeterminada. Sem dor óssea ou hipercalcemia. Perante a suspeita de distúrbio plasmocitário, foram doseadas imunoglobulinas e cadeias livres, com imunofixação evidenciando componente monoclonal IgG (Kappa). O mielograma revelou medula óssea normocelular com 26% de plasmócitos, confirmando mieloma múltiplo. Os autores apresentam uma imagem típica de gamapatia monoclonal e realçam a importância da eletroforese de proteínas no estudo de anemias de etiologia indeterminada.

DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE ANEURISMA AORTA ABDOMINAL INFRARRENAL.

Alessandra Emerick; Beatriz Andrade; Filipe Brás de Macedo; Verónica Guiomar; Vasco Barreto

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Tema: Doenças cardiovasculares

Os aneurismas da aorta abdominal (AAA) são condições habitualmente fatais, particularmente se não intervencionados, contudo frequentemente assintomáticos. Homem de 85 anos, antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, doença arterial periférica, fibrilhaçãoauricular e insuficiência respiratória crónica no contexto de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). Avaliado no serviço de urgência por agudização de DPOC. Ao exame físico objetivou-se diferencial de pressão arterial entre os membros inferiores >25mmHg. Realizou angioTC que revelou AAA infrarrenal com 9.5cm com trombo de 3cm. Discutido tratamento com Cirurgia Vascular, dado idade e comorbilidades, assumido não apresentar condições para tratamento cirúrgico ou endovascular.

Um pulmão desnutrido: da anorexia nervosa ao abscesso pulmonar

Vitória Flores; Sofia Caridade; Isabel Silva; Cláudia Coelho; António Lopes da Cruz

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças respiratórias

Mulher, 50 anos, com anorexia nervosa (24kg à admissão), recorre ao serviço de urgência por quadro com 3 semanas de evolução de tosse produtiva com expectoração purulenta e febre. A tomografia computadorizada tórax revelou volumosa caverna de paredes espessas e irregulares a envolver o lobo superior e o segmento apical do lobo inferior à esquerda, com 125x65x112mm e densificações em vidro despolido a circundar a lesão. No exame microbiológico de expectoração identificou-se *Escherichia coli*. Cumpriu 5 semanas de cefuroxima, com melhoria imagiológica, mas manutenção da caverna.

Exacerbação de Bronquiectasias em Jovem com Trissomia 21: A Imagem que Conta a História

Andre Filipe Rodrigues Abreu; Lèlita Santos; Arsénio Santos; Daniela Santos; Maria Dias Lopes

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Tema: Doenças respiratórias

A imunodeficiência primária seletiva de IgG2 é mais prevalente em doentes com trissomia 21, constituindo uma patologia ainda subdiagnosticada e que predispõe a infeções respiratórias por bactérias encapsuladas, podendo contribuir para o aparecimento de bronquiectasias.

Homem, 25 anos, com antecedentes de trissomia 21, imunodeficiência primária seletiva de IgG2 e bronquiectasias, recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia e tosse produtiva com 3 dias de evolução. Apresentava-se eupneico e sem alterações à auscultação pulmonar. A radiografia torácica revelou formações quísticas no hemitórax esquerdo, algumas com níveis hidro-aéreos, sugestivas de bronquiectasias quísticas infetadas, tendo-se iniciado antibioterapia empírica com levofloxacina.

Poliartrite gotosa sistêmica – uma apresentação exuberante

Diana Chaves; Ricardo Monteiro Pedrosa; Francisco Matos; Ana Isabel Machado; Luísa Pinto; Francisco Gonçalves

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Homem de 71 anos, autónomo, com antecedentes de hiperuricemia, abuso crónico de álcool e doença renal crónica. Tem história de quadro de dor incapacitante, edema e rubor nas articulações das mãos, joelhos e pés desde há 4 meses, depois de suspender injeção semanal de corticoide que fazia há 6 anos. Admitido no serviço de urgência por prostração e internado com suspeita de sepsis com disfunção renal e neurológica. Observado por Reumatologia e diagnosticado com poliartrite gotosa sistêmica. Apresenta drenagem de conteúdo branco pelo leito ungueal. Iniciou febuxostate 80mg e prednisolona 40 mg, com acentuada melhoria clínica após 2 semanas

Bacteriemia a *Staphylococcus aureus* com ponto de partida em Celulite exuberante da face

Carolina Silva Câmara; Bianca Ascensão; Johana Martins; Inês Moreira; Miguel Oliveira; Ricardo Raposo; Luís Dias

HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO, PONTA DELGADA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem de 54 anos. Antecedentes de Diabetes Mellitus. Recorreu ao Serviço de Urgência por eritema e edema doloroso no nariz e região periorbitária, mais acentuado à direita, com ptose palpebral e visão turva com sete dias de evolução. Exame neurológico normal. Analiticamente, leucocitose 15230/uL com neutrofilia 13000/uL, proteína C reativa 15.2mg/dL. Tomografia computadorizada de crânio, face e órbitas sem alterações. Iniciou Ceftriaxone e Vancomicina. Avaliado pela Oftalmologia, sem necessidade de intervenção. Foi internado com Infeciologia. Hemoculturas com isolamento de *Staphylococcus aureus* meticilinosensível, alterando-se antibioterapia para Fluoxaciclina. Melhoria progressiva dos sinais inflamatórios com a terapêutica instituída.

ASPERGILOSE PULMONAR INVASIVA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

**Alessandra Emerick; Lara Neto; Tiago Santos; Fábio Reis; Beatriz Andrade; Ana Costa;
Eduarda Ruiz Pena**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Tema: Doenças respiratórias

A Aspergilose pulmonar invasiva (API) é uma infeção severa de elevada mortalidade. Idade avançada, imunodepressão e doença pulmonar crónica são factores de risco. Mulher, 72 anos, diabética, doença pulmonar estrutural e pneumonias de repetição internada com tosse produtiva, dor pleurítica direita, dispneia e febre. TC com infiltrados pulmonares difusos, bilaterais. Por ausência de resposta a curso prolongado de meropenem e vancomicina, realizado lavado bronco-alveolar com PCR de *Aspergillus fumigatus* positivo. Assumida API, iniciado voriconazol, efetuado 6 semanas com boa resposta clínica e imagiológica. O elevado nível de suspeição e diagnóstico precoce com início rápido de tratamento são essenciais para melhorar o prognóstico dos doentes. Em sequência.

Imagem 1 - Antes do tratamento.

Imagem 2 - Durante o tratamento.

Imagem 3 - Após 6 meses de voriconazol.

Caso Clínico: AVC como Manifestação Inicial de Leucemia Mieloide Aguda

Tânia Pereira da Silva¹; Luísa Viterbo²; Delfim Duarte²; José Mariz²

¹ CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE, EPE / HOSPITAL DA SENHORA DA OLIVEIRA

² INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

Tema: Doenças oncológicas

Homem, 68 anos, autónomo, recorreu ao serviço de urgência por **afasia motora** e **desorientação de início súbito**. O estudo analítico revelou: **leucocitose** (247.000 leucócitos, >90% blastos), **trombocitopenia** (33.000/ μ L) e **lesão renal aguda Aki 2 (Cr 3,26 mg/dL)**. Foi transferido para o serviço de Hemato-Oncologia, onde iniciou **leucaférese**. O diagnóstico de **leucemia mieloide aguda (LMA)** foi confirmado por imunofenotipagem do sangue periférico. No **2º dia de internamento**, desenvolveu défices neurológicos com agravamento progressivo. A **tomografia computadorizada de crânio** revelou **acidente vascular cerebral (AVC) isquémico subagudo** na **artéria cerebral média (ACM) esquerda**, evoluindo desfavoravelmente com **óbito** ao **14º dia**. O **AVC** como **manifestação inicial da LMA hiperleucocitária é raro**, sendo fundamental a **suspeita clínica** para diagnóstico e intervenção precoces.

Não há dois sem três – Intoxicação Escombróide

Carolina Silva Câmara; Isabel Borges; Johana Martins; Inês Moreira; Miguel Oliveira; Ricardo Raposo; Luís Dias

HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO, PONTA DELGADA

Tema: Outro

Homem, 31 anos. Recorre à Urgência por exantema generalizado não-pruriginoso, calafrios, palpitações, angioedema e hipotensão com início 1 hora após ingestão de atum. Inicialmente medicado com corticóide e anti-histamínico, sem melhoria. Posteriormente cumpriu 1mg+0.5mg de Epinefrina intramuscular com normalização tensional e melhoria sintomática. Pouco depois admitido um segundo doente com 53 anos por eritema da face e cervical, cefaleia e diarreia com início 2 horas após ingestão de atum no mesmo restaurante. Melhoria clínica apenas após cumprir Epinefrina. Filho de 17 anos encontrava-se na Urgência Pediátrica pelo mesmo motivo. Atendendo ao contexto epidemiológico, a situação foi sinalizada à Saúde Pública.

Tumor Fantasma

**Ana Rita Dos Santos Ribeiro; Ricardo Ralha Martins; Maria Margarida Rosado;
Raquel Borges Pinho; Nuno Bernardino Vieira**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALGARVE

Tema: Outro

Introdução

Homem de 92 anos, com dispneia progressiva, dispneia paroxística noturna e edema dos membros inferiores. Realizou Radiografia de tórax que revelou hipotransparência homogénea arredondada com 9 cm de maior diâmetro e limites bem definidos, no terço inferior do campo pulmonar direito. Para melhor caracterização realizou Tomografia Computorizada de tórax, que confirmou o diagnóstico. O tumor fantasma consiste num derrame pleural loculado na cisura. Na maioria dos casos é secundário a descompensação de insuficiência cardíaca e não requer um tratamento específico, para além do tratamento da doença de base. Importa reconhecer precocemente esta entidade radiológica, para evitar procedimentos diagnósticos desnecessários e erros terapêuticos.

Gordura visceral: uma localização “acima” do habitual

Sofia Diogo Chaves; Ramiro Sá Lopes; Mirinelde Samson; Joana Pereira; Cristina Sousa; Catarina Mendonça; Célia Ribeiro; Ana Lúcia Fernandes

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE / HOSPITAL DE FARO

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

A obesidade, particularmente a gordura visceral, é um conhecido factor de risco cardiovascular, caracterizado pela expansão e inflamação de tecido adiposo.

Homem de 57 anos, seguido em consulta por artrite psoriática medicado com metotrexato 20mg/semana e ácido fólico 5mg/semana. Tem ainda obesidade grau 3 (IMC 47,78kg/m², perímetro abdominal 147cm), síndrome obesidade hipoventilação, síndrome de apneia obstrutiva do sono grave, hiperuricemia e é ex-fumador (carga tabágica 60UMA).

Realizou radiografia do tórax que apresentou uma hipotransparência na base pulmonar direita. Posteriormente, para esclarecimento do achado imagiológico realizou tomografia computadorizada do tórax cujas alterações correspondiam a uma extensa almofada de gordura pericárdica.

Aneurisma da Aorta Torácica: Além do Risco de Rotura

Luísa Martinho Marques; Sara Vieira Bernardo; Patricia Duarte Pires; Rita Ribeiro Vilar; Constança Coutinho; Ana Rita Tomás; Clara Matos; Teresa Branco

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE AMADORA/SINTRA

Tema: Doenças cardiovasculares

Mulher de 82 anos, previamente autónoma, com história de fibrilhação auricular hipocoagulada com DOAC em dose infraterapêutica, internada por AVC isquémico cardioembólico. Durante o internamento, desenvolveu insuficiência respiratória parcial grave, pelo que realizou radiografia de tórax, que mostrou atelectasia do pulmão esquerdo, e angioTC tórax, que revelou um aneurisma da aorta torácica, com diâmetro de 70 mm, com um trombo mural a condicionar diminuição de 50% do calibre. Esta dilatação da aorta causa uma compressão extrínseca do brônquio esquerdo, causando fenómenos de atelectasia dinâmica, e consequentemente insuficiência respiratória intermitente.

Tumor Fibroso Solitário: Entre a Benignidade e a Surpresa

Luísa Martinho Marques; Ana Rita Tomás; Sara Vieira Bernardo; Patrícia Duarte Pires; Clara Matos; Constança Coutinho; Rita Ribeiro Vilar; Teresa Branco

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE AMADORA/SINTRA

Tema: Doenças respiratórias

Mulher de 66 anos, com meses de evolução de dispneia e cansaço. Em radiografia de tórax, com hipotransparência da metade inferior do tórax esquerdo; realiza para melhor caracterização uma TC tórax, que revelou uma massa sólida nos 2/3 inferiores do hemitórax esquerdo com 16x10x21cm. É submetida a uma broncofibroscopia, onde se observam sinais indiretos de tumor no lobo inferior esquerdo e língua, mas com citologia negativa para células neoplásicas. Realiza uma biópsia aspirativa transtorácica, que revela que a massa corresponde a um tumor fibroso solitário da pleura, uma neoplasia rara com baixo potencial de malignização. O tumor foi excisado em 2023, estando à data sem recorrência de doença.

Desafiando o Inesperado

Inês Pereira de Oliveira¹; Cátia Teixeira²; Cláudia Silva²

¹ CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO AVE, EPE / UNIDADE DE VILA NOVA DE FAMALICÃO

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO AVE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Apresenta-se o caso de um jovem de 23 anos, sem antecedentes relevantes. Recorreu ao serviço de urgência por febre elevada e tosse seca, iniciada há uma semana e após 7 dias de tratamento com Amoxicilina+Ácido-clavulânico e 3 dias de Azitromicina, foi reavaliado, por agravamento, devido a dor torácica pleurítica e febre persistente. As hemoculturas identificaram *Streptococcus pneumoniae* multissensível. A TC revelou derrame pleural volumoso e atelectasia ipsilateral. O tratamento foi ajustado para azitromicina+ampicilina e colocado dreno pleural. Assim, este caso de doença pneumocócica invasiva, num jovem imunocompetente, destaca a importância da vacinação contra o pneumococo, não apenas em grupos de risco, mas também na população geral.

Lesões cutâneas como alerta para o diagnóstico de neoplasia primária

João Francisco Abrantes; Pola Marchewczyk; Hugo Morais Cecílio; André Mansinho; Lígia Peixoto

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças oncológicas

Mulher, 73 anos, avaliada por tumefação na mama direita em março de 2023, com biópsia sem evidência de malignidade. Em dezembro de 2023, devido ao aparecimento de lesões cutâneas na região inframamária homolateral, foi efetuada biópsia. O resultado permitiu diagnosticar um carcinoma invasivo da mama, G2, TNBC, Ki67 50%. Realizou várias linhas terapêuticas com posterior integração em ensaio clínico em dezembro de 2024. As metástases cutâneas de carcinoma visceral são um achado raro que sinaliza doença avançada. A presença de úlcera que não cicatriza, eritema endurecido ou nódulos cutâneos devem motivar biópsia. A evidência de metástase cutânea é fundamental para o prognóstico da neoplasia primária.

Trombo flutuante

Guilherme Sacramento¹; Sérgio Brito²; Miguel Trindade²; Beatriz Chambino²; Cristiana Camacho²; Filipa Nunes²; Marta Lopes²; José Campillo²; Teresa Mesquita²

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LISBOA OCIDENTAL

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE AMADORA/SINTRA

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A oclusão de grandes vasos intracranianos devido a êmbolos calcificados é uma causa pouco frequente de acidente vascular cerebral (AVC) tendo a sua prevalência sido estimada entre 2,7% e 5,9%.

Homem de 87 anos foi admitido no serviço de urgência por hemiparesia esquerda.

O exame neurológico era compatível com enfarte total da circulação anterior direita (TACI direito).

Realizou tomografia computadorizada (TC) de crânio que mostrou hipodensidade cortico-subcortical parietal direita e hiperdensidade espontânea na vala sylviana compatível com trombo cálcico. Verificava-se em TC de crânio prévia ateromatose calcificada na região dos sifões carotídeos, não estando presente a imagem do trombo que agora se apresentava em M1 da artéria cerebral direita.

Assumiu-se AVC por oclusão de grande vaso por provável êmbolo que migrou da ateromatose previamente conhecida.

Cistite Enfisematosa: entidade rara mais frequente nos diabéticos

Andreia Correia Bulhão; Marta Oliveira Ferreira; Sara Oliveira Gomes

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO AVE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

As infeções do trato urinário, embora frequentes, podem ter complicações graves e apresentações atípicas. Apresenta-se a imagem de TC abdomino-pélvica de uma mulher de 79 anos com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2. Trazida ao serviço de urgência por cistite, teve alta medicada com cefuroxima. Regressou por agravamento do quadro e foi diagnosticada urosépsis. Fez TC com identificação de lesão abcedada com conteúdo aéreo na parede vesical, drenou-se lesão com saída de conteúdo purulento e gasoso (*Escherichia coli* resistente a cefuroxima). Apesar da antibioterapia, apresentou evolução desfavorável. Apresenta-se esta imagem para alertar para a cistite enfisematosa, complicação rara, mas potencialmente fatal, mais frequente em diabéticos.

Hipercaliémia e ECG – uma etiologia a não esquecer!

**Ana Patricia da Fonseca Tenreiro¹; Oliver Correia Kungel²; Ruben Rego Salgueiro¹;
Ana Teresa Moreira¹; Davide Moreira²**

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA GUARDA

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE VISEU DÃO-LAFÕES

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Mulher de 78 anos, recorreu ao serviço de urgência por perda da consciência com queda. No electrocardiograma (ECG) da admissão observou-se um prolongamento marcado do QRS, do intervalo PR e uma perturbação da condução ventricular com simulação de um bloqueio de ramo direito com desvio do eixo ipsilateral. Na sequência destas alterações, realizou análises que mostraram uma hipercaliémia de 8.3 mmol/L. Após implementação de medidas de correção do potássio, as alterações do ECG normalizaram.

Com este caso pretendemos mostrar que a hipercaliémia, definida pela presença de potássio sérico > 5.2 mmol/L, pode cursar com ritmos cardíacos anormais, sendo por isso uma causa reversível a não esquecer quando observamos alterações electrocardiográficas.

Sinal de Atoll em Pneumonia Adquirida na Comunidade

Pedro Vicente de Almeida; Maria Inês Fonseca; Andreia Andrade; Bárbara Rodrigues; Lília Andrade

CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA / HOSPITAL INFANTE D. PEDRO, EPE

Tema: Doenças respiratórias

Uma mulher de 65 anos recorre ao Serviço de Urgência por vômitos, anorexia e febre com 4 dias de evolução. Analiticamente com aumento de parâmetros inflamatórios; na radiografia torácica tinha hipotransparências bilaterais com realce periférico; a Tomografia Computorizada (TC) torácica mostrou lesões em vidro despolido e consolidação periférica, em Sinal de Atoll; o painel respiratório foi positivo para *S.pneumoniae* e *H.influenzae*. A doente fez antibioterapia e corticoterapia sistémica, com melhoria clínica, analítica e radiológica. O Sinal de Atoll é um achado tipicamente associado à Pneumonia Organizativa, e pode ser encontrado em quadros infecciosos (bactérias, fungos, micobactérias), enfartes pulmonares, entre outras causas.

Uma Tuberculose Pulmonar (bem) cavitada

Pedro Vicente de Almeida; Maria Inês Fonseca; Andreia Andrade; Bárbara Rodrigues; Lília Andrade

CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA / HOSPITAL INFANTE D. PEDRO, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Um homem de 38 anos recorre ao Serviço de Urgência por anorexia e perda ponderal com 3 meses de evolução e tosse produtiva com 1 mês de evolução. A radiografia e Tomografia Computorizada (TC) torácicos mostraram extensa área de cavitação no ápex direito com cerca de 6.3cm de diâmetro e múltiplas formações nodulares bilaterais. O doente tinha défices vitamínicos em contexto de desnutrição. A pesquisa HIV foi negativa.

O diagnóstico de Tuberculose confirmou-se através das colheitas de expectoração e o doente iniciou antibacilares. Apesar dos avanços científicos registados na área, a Tuberculose mantém-se uma doença de diagnóstico tardio pela sua sintomatologia indolente, contribuindo para uma apresentação imagiológica inicial exuberante.

Imagem radiológica: abscesso cerebral

Sara M. Ribeiro; Ana Catarina Amaral; Mariana Patela; Paula Ferreira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE GAIA ESPINHO

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Mulher de 80 anos, dependente no contexto de acidente vascular cerebral (AVC) isquémico com transformação hemorrágica há um mês. Recorreu ao Serviço de Urgência por crise convulsiva. Na tomografia computadorizada crânio-encefálica identificada lesão ocupante de espaço (LOE) de difícil caracterização, pelo que realizou ressonância magnética (RMN) a revelar um abscesso cerebral no local onde teve o AVC, com isolamento de *staphylococcus aureus* sensível à meticilina. Evolução favorável após drenagem e antibioterapia.

Este caso reforça a importância da RMN perante um achado duvidoso, pois foi identificada uma causa não esperada para a crise convulsiva (poderia ter sido justificada apenas pela hemorragia), dependente de tratamento dirigido.

Pulsatilidade abdominal: quando o CDI é o culpado

Filipe Brás de Macedo; Gisela Moreira Pinheiro; Sara Camões

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, EPE / HOSPITAL PEDRO HISPANO

Tema: Doenças cardiovasculares

Homem de 56 anos, com cardiopatia isquémica e compromisso severo da função sistólica do ventrículo esquerdo, portador de cardiodesfibrilhador implantável (CDI) para prevenção primária, recorre ao serviço de urgência por pulsatilidade abdominal. Abdómen globoso com contração da musculatura abdominal rítmica, sem sinais de irritação peritoneal, sem massas palpáveis. Sem alterações analíticas, radiografia com deslocação de sonda de CDI para a veia subclávia esquerda; confirmada com angiotomografia e levantando a hipótese de estimulação do nervo frénico inapropriada. Foi recolado sem intercorrências com resolução da clínica. Destaca-se a importância do conhecimento anatómico, permitindo identificar esta complicação rara de forma rápida e eficaz.

Embolia paradoxal iminente: quando a catástrofe “fica à porta”

Gonçalo Carneiro; Diana Dias; Catarina C. Almeida; Luís Puga; Andreia Tavares; Teresa Pereira

CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE DOURO E VOUGA, EPE / HOSPITAL DE S. SEBASTIÃO

Tema: Doenças cardiovasculares

A Embolia Paradoxal Iminente é um caso extremamente raro de trombo «em trânsito» entre as duas aurículas através de um foramen oval patente. O tratamento não está cabalmente estabelecido, sendo que além de anticoagulação podem ser usados fibrinolíticos e a necessidade de cirurgia cardíaca deve ser considerada.

Mostramos o caso de uma doente com diagnóstico de embolia pulmonar, cujo estudo ecocardiográfico por via transtorácica e transesofágica mostrou uma estrutura filamentosa, alongada, que atravessava o septo interauricular através do foramen oval patente (vídeo 1 e 2). Após terapêutica com heparina não fracionada, procedeu-se a ecocardiograma transesofágico de reavaliação, demonstrando-se resolução total do trombo sem que tenha havido evidência clínica de outras embolias além da pulmonar (vídeo 3).

Da ITU à coluna vertebral: a propósito de um caso clínico

Diogo Ferraro Junqueira; Rita Gonçalves Pinto; Daniela Filipa Dos Santos; Filipa Cunha; Juliana Andrade; Pedro Pires Mesquita; Marta Braga; Vânia Gomes; Marina Alves; Céu Rodrigues

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A espondilodiscite constitui uma patologia rara, de elevada morbimortalidade, cuja apresentação insidiosa torna o seu diagnóstico um desafio.

Mulher de 86 anos, internada no serviço de medicina interna por infeção do trato urinário por *Escherichia coli*. Após resolução do quadro a doente permaneceu internada por motivos sociais, tendo a partir do 40º dia de internamento, queixas persistentes de dor lombossagrada que motivaram estudo imagiológico, que revelou espondilodiscite em L3-L4, com extensão paraespinhal e abscesso no músculo psoas. Foi realizada biópsia percutânea e drenagem do abscesso, com isolamento de *E.coli* multissensível e iniciada antibioterapia dirigida de acordo com TSA, com evolução clínica e imagiológica favorável do quadro.

“O Quisto de Troia”: quando uma patologia benigna se torna numa ameaça

Gonçalo Carneiro; Cátia Henriques; Rita Maciel; Gisela Evaristo Vasconcelos; Rita Costa; João Azevedo Gonçalves

CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE DOURO E VOUGA, EPE / HOSPITAL DE S. SEBASTIÃO

Tema: Outro

O quisto seroso é uma tumefação ovárica frequente, habitualmente benigna e assintomática. Contudo, se atingir grandes dimensões pode complicar com torção ou rutura e originar quadros clínicos graves.

Relatamos o caso de uma mulher de 73 anos, autónoma, levada ao Serviço de Urgência após ter sido encontrada caída em casa. Evolução rápida para falência multi-orgânica a necessitar de suporte invasivo. A tomografia computadorizada revelou uma tumefação intra-abdominal com 16cm de diâmetro e líquido peritoneal (img 1, 2 e 3). Foi submetida a laparotomia exploradora, objetivando-se uma lesão heterogénea com várias áreas quísticas com sinais de rutura na dependência do ovário esquerdo, assim como 6L de líquido seroso. O estudo anatomo-patológico confirmou tratar-se de um quisto seroso simples, sem malignidade.

Enfisema Bolhoso: Um Obstáculo na Exacerbação da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

Ana Martins da Costa; Patrícia Neves; Mariana Costa; Tiago Maia; Maria João Silva; Irene Aragão

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÓNIO

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Homem, 51 anos, obeso, fumador, com DPOC sob terapêutica tripla. Recorre ao SU por dispneia em repouso e tosse produtiva. À admissão polipneico, em posição de tripé, com O2 suplementar, auscultação globalmente diminuída com sibilância; gasimetria com insuficiência respiratória tipo 2; vírus Influenza A positivo. Radiografia torácica com aumento da transparência dos 2/3 superiores do hemitórax direito. TC-tórax revelou enfisema pulmonar bilateral e extensa área ocupante do lobo superior direito (16.5x16x16.5cm), condicionando atelectasia. Evolução com rápida deterioração clínica, escalada de O2 e agravamento da acidemia respiratória, culminando em suporte ventilatório invasivo. A presença de bolhas volumosas pode agravar exacerbações, comprometendo a ventilação e a eficácia da terapêutica médica, o que destaca a importância do seu reconhecimento precoce.

Éctima gangrenoso: um olhar atento

**João Francisco Abrantes¹; Ana Rita M. Figueiredo¹; Hugo Morais Cecílio¹;
Miguel Chamusco Bernardino¹; Inês S. F. Silva²; Lígia Peixoto¹**

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO OESTE, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Mulher, 60 anos, diagnóstico conhecido de Linfoma não Hodgkin difuso de grandes células B estadio IV refratário (com afeção cutânea), internada por pneumonia SARS-CoV-2 sobreinfetada tendo iniciado remdesivir, antibioterapia empírica e antifúngica. À observação verificaram-se lesões necróticas ulceradas na região inframamária e axilar com escara de cor negra rodeada de halo eritematoso, consistente com ectima gangrenoso. Exame bacteriológico das hemoculturas e biópsia cutânea com isolamento de *Pseudomonas aeruginosa* Extensively drug-resistant (XDR).

Substanciando-se na semiologia e cuidadosa inspeção, a pele pode traduzir sinais sugestivos de orientação clínico-terapêutica diferenciada. O ectima gangrenoso é uma complicação dermatológica rara de bacteriemia ou fungemia em doentes imunossuprimidos, classicamente associada a *P.aeruginosa* e sépsis.

Tromboembolismo venoso: uma apresentação atípica

Diogo Ferraro Junqueira; Rita Gonçalves Pinto; Juliana Andrade; Daniela Filipa Dos Santos; Pedro Pires Mesquita; Filipa Cunha; Marta Braga; Vânia Gomes; Marina Alves; Céu Rodrigues

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças cardiovasculares

A trombose venosa profunda de membros superiores é rara, associando-se a variações anatómicas, trombofilias hereditárias ou estados pró-trombóticos adquiridos, como neoplasias.

Mulher, 73 anos, recorre ao serviço de urgência por dor e edema do membro superior esquerdo. O estudo realizado revelou trombose extensa do membro, envolvendo a veia jugular interna esquerda (F1), tromboembolismo pulmonar com defeito central à direita (F2), disfunção ventricular direita e trombose parcial do seio sigmóide esquerdo (F3). O extenso estudo, incluindo exclusão de neoplasia, não determinou a causa dos eventos. Iniciada hipocoagulação com HBPM, alterada posteriormente para dabigatrano, mantendo seguimento em consulta, sem recidiva de eventos trombóticos.

Fungo das cavernas - imagens de Aspergiloma

Maria Luísa Alvarenga; Cláudia Alexandra Ribeiro; Kostyantyn Romashchuk; Diana Marreiros; Rodrigo Morgado; Valentyn Roshkulets; Mónica Ferro Silva; Sara Rodrigues Silva; Filipe Dias; Pedro Laranjo; Monika Dvorakova; Margarida Santos; Inês Gomes Madeira; João Frederico A. Ribeiro; Cátia Albino; Sofia Sobral; Henrique Rita

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO LITORAL ALENTEJANO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

Trata-se de uma doente, de 78 anos, com antecedentes pessoais relevantes de tuberculose pulmonar aos 17 anos, com lesão cavitada sequelar à direita; e aspergiloma (2021), para o qual realizou tratamento com voriconazol. Cerca de 3 anos depois da realização do tratamento, teve novo agravamento sintomático, com tosse produtiva e hemoptises. Colocou-se a hipótese de reativação de aspergiloma. À admissão hospitalar realizou radiograma de tórax e tomografia computadorizada de tórax (imagens em anexo) que confirmaram recidiva de aspergiloma na cavidade direita, tendo sido diagnosticado nova cavidade pulmonar à esquerda, também esta com pequeno preenchimento sugestivo. Retomou o tratamento com voriconazol, mas, infelizmente, verificou-se durante o internamento uma deterioração progressiva da insuficiência respiratória, acabando a doente por falecer.

Enfisema subcutâneo exuberante em contexto de pneumotórax

Daniela Salgueiro; Ângela Paredes Ferreira; Marta Batoca Sousa; Nuno Pardal; Ana Rita Oliveira; Ana Sofia Matos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, EPE / HOSPITAL DE SANTA LUZIA

Tema: Doenças respiratórias

Mulher, 54 anos, antecedentes de adenocarcinoma do pulmão direito - submetida a segmentectomia basal direita e quimioterapia adjuvante. Recorre ao serviço de urgência por dispneia de início súbito e toracalgia de características pleuríticas à direita. Em radiografia do tórax objetivado volumoso pneumotórax com colapso do pulmão direito. Colocado dreno torácico, sem intercorrências. Evolução com acentuado enfisema subcutâneo. Adicionalmente, sem possibilidade de resolução completa do pneumotórax, apesar de sistema de aspiração, mantendo valores de fuga elevados. Por suspeita de fístula pleural, transferida para o serviço de cirurgia cardiorácica de outra unidade hospitalar, tendo sido submetida a correção cirúrgica, com resolução completa do pneumotórax.

Uma causa incomum de dor torácica

Patrícia Ferreira; Joana Teixeira; Daniela Costa; Marta Carinhas; Inês Carvalho; Catarina Carvalho; Alexandra Albuquerque; Martinho Fernandes

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ARCO RIBEIRINHO

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Mulher de 81 anos, antecedentes pessoais conhecidos de hipertensão arterial e insuficiência cardíaca. Múltiplas vindas ao Serviço de Urgência (SU) por infeção respiratória. Recorre ao SU por dispneia, tosse produtiva, toracalgia anterior tipo pleurítica, cansaço para esforços progressivamente menores. Internada por infeção respiratória. Quando questionada referia ter pirose e objectivava-se halitose. Para esclarecimento de alargamento do mediastino identificado em radiografia do tórax pedida tomografia computadorizada que revelou divertículo esofágico preenchido por a conteúdo gasoso e abundante conteúdo de provavel natureza alimentar. Resolvida a infeção respiratória, teve alta encaminhada para consulta de cirurgia esófago-gástrica.

Linfangite Carcinomatosa: uma complicação inesperada e fatal!

Gloria Maria Maia Gonçalves; Pedro Moura; David Silva

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO AVE

Tema: Doenças oncológicas

Homem de 67 anos, autónomo, com antecedentes de risco cardiovascular, tabagismo passado, neoplasia prostática tratada, admitido no serviço de urgência por défices neurológicos. Imagiologicamente identificada uma lesão ocupante de espaço com edema e hemorragia. Internado para estudo etiológico que revelou tratar-se de um adenocarcinoma do pulmão com metastização contralateral, hepática (um nódulo) e cerebral. Enquanto aguardava avaliação oncológica, desenvolveu insuficiência respiratória súbita e progressiva, com necessidade crescente de oxigenoterapia até 15L/min em poucas horas. Reavaliação imagiológica para despiste de embolia pulmonar revelou uma disseminação linfática da neoplasia. A linfangite carcinomatosa é uma manifestação rara (<10%), indicativa de neoplasia avançada e prognóstico reservado, muitas vezes com desfecho fatal.

Entre a calcinose e a esclerose sistémica: um encontro radiográfico

Filipa Ribeiro Trigo; P Ricardo Pereira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A calcinose subcutânea caracteriza-se pela deposição de sais de cálcio insolúveis no tecido subcutâneo e associa-se frequentemente a doenças do tecido conjuntivo.

Doente do sexo feminino, 71 anos. Apresenta-se com fenómeno de Raynaud bifásico, atenuação das pregas faciais, pregueamento perioral, “puffy fingers”, esclerodactilia e calcificações palpáveis no cotovelo direito. Anticorpos antinucleares e centrómero B positivos e radiografia dos membros com calcificações subcutâneas do cotovelo direito e das mãos, a sugerir calcinose cutânea em quadro compatível com esclerose sistémica limitada.

Pneumatose gástrica em adultos – uma entidade rara

Ana Rita Gomes¹; Alexandre Vasconcelos²

¹ INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, EPE / HOSPITAL PEDRO HISPANO

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

A pneumatose gástrica (PG) com aeroportia é uma entidade extremamente rara em população adulta, com elevada taxa de mortalidade, associada a causas pneumológicas, isquémicas ou infecciosas.

Apresenta-se uma mulher de 77 anos, dependente no contexto de uma demência de alzheimer, com quadro de dispneia, tosse e recusa alimentar com dois meses de evolução. TC abdominal revela pneumatose gástrica e aeroportia, associados a grave obstrução gástrica no contexto de possível isquemia gástrica (síndrome da artéria mesentérica superior). Colocada sonda nasogástrica (SNG) em drenagem com saída de ar e conteúdo entérico.

A gravidade do quadro da doente à admissão e as suas comorbilidades, não permitiram determinar com segurança a etiologia da PG e, portanto, iniciar tratamento dirigido. A doente continuou a evoluir desfavoravelmente e veio a falecer, mais tarde.

Acantose Nigricans: quando a pele fala

Joana Geraides Lopo; Ana Morgado; Paula Nogueira; Pedro Reboredo; Sara Duarte; Ignacio Moreno

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE / HOSPITAL DE FARO

Tema: Doenças oncológicas

Homem de 57 anos, fumador (40UMA) vem à urgência por poliartralgia com 6 meses de evolução e perda ponderal não quantificada. Ao exame objetivo apresentava lesões impetiginadas com 1 semana de evolução nas palmas das mãos e pés, indolores e acastanhada. O estudo imagiológico revelou lesão no lobo inferior do pulmão esquerdo cuja biopsia identificou como carcinoma de pequenas células.

A acantose nigricans é uma dermatose geralmente associada a obesidade e resistência à insulina. Como manifestação paraneoplásica é rara e apresenta início e disseminação rápida de lesões hiperpigmentadas, liquenificadas de superfície aveludada. Mais frequentemente associa-se a neoplasia gástrica mas não só.

A área mais atingida é o pescoço e as axilas e, em casos raros, planta dos pés e palma das mãos. A atenção a estas manifestações é fundamental para uma abordagem inicial mais célere.

Nem sempre são cavitações: a tuberculose pulmonar revelada como hidropneumotórax

Sara Bravo; Paula Mesquita; Raquel Vieira; Sérgio Monteiro; Juliana Nogueira; Daniela Ribeiro Alves; Ana Micaela Martins; Jorge Velez; Filipa Ferreira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

O hidropneumotórax é uma forma menos frequente de apresentação da tuberculose pulmonar (TP) em comparação às cavitações, consolidações ou padrões intersticiais reticulo-nodulares.

Caso clínico

Mulher de 36 anos, brasileira. Recorre ao SU por tosse produtiva, febre e mal estar generalizado. Referencia anorexia e astenia com 4 meses de evolução. Radiografia torácica: hidropneumotórax e cavitações com nível hidroaéreo e retrações fibróticas pulmonares direitas. Do estudo: proteína C reativa 19.98mg/dL e procalcitonina 1.65ng/mL; baciloscopia com bacilos ácido-álcool resistentes. Internada por TP com sobreinfecção bacteriana. Iniciou antibacilares e antibioterapia empírica. Cultural e PCR positivos para *Mycobacterium tuberculosis*. Toracocentese diagnóstica compatível com empiema (pH 7.13), colocado dreno torácico, com evolução favorável.

Varicela: até quando?

Joana Galdes Lopo; Ana Morgado; Paula Nogueira; Pedro Reboredo; Sara Duarte; Ignacio Moreno

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALGARVE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Mulher, 63 anos, saudável, recorre à urgência por exantema vesicular disseminado com atingimento de mucosa oral, pruriginoso e febre persistente com 3 dias de evolução.

A varicela é uma infecção primária, aguda, contagiosa, que se caracteriza por exantema vesicular generalizado da pele e mucosas. Em crianças geralmente é benigna e autolimitada. Nos adultos imunocompetentes a doença cursa de forma mais grave (febre mais elevada e prolongada, estado geral mais comprometido, exantema mais pronunciado e complicações mais frequentes.)

A infecção confere imunidade permanente, embora, raramente, possa ocorrer um segundo episódio. A importância de identificar estes casos consiste na prevenção e identificação precoce de complicações associadas.

Quem respira torto tarde ou nunca se endireita

Rafaela M. Ribeiro; Gonçalo Fonseca; Nuno Moreira; Maria Inês Risto; Carolina Lemos; Avelino Ferreira; Nuno Cortesão; Andreia Vilas-Boas

HOSPITAL DA LUZ ARRÁBIDA

Tema: Doenças respiratórias

A escoliose grave comprime e altera a relação espacial dos órgãos toracoabdominais, com prejuízo na mecânica ventilatória e na hemodinâmica. Pode levar a insuficiência respiratória (IR) hipercápnica e a insuficiência cardíaca, com consequente sintomatologia crónica.

Apresentamos o caso de uma mulher de 62 anos com cifoescoliose grave, sequele de tuberculose óssea, com IR crónica grave. Internada por infeção respiratória e agudização da IR. Realizada TC torácica pela dificuldade de interpretação da radiografia, que mostrou exuberante deformidade torácica e da coluna vertebral. Instituída antibioterapia com evolução favorável. Destaca-se este caso pela expressão sequelar exuberante de tuberculose, condicionando limitação funcional muito grave.

Teratoma com fistulização para víscera oca - uma imagem em Medicina

Carolina Paula; Mafalda Leal; Ana Catarina Pina Pereira; Carlota Lalanda; Jorge Salsinha Frade; Maria Meneses Rebelo; Luís Coelho; Maria Francisco; Beatriz Barata; Sofia Salvo; Madalena Lisboa

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças oncológicas

O teratoma é a neoplasia ovárica mais comum, geralmente benigno, podendo complicar com torção, rotura, infecção ou transformação maligna.

Mulher, 81 anos, com teratoma conhecido desde os 37, com quadro de 3 dias de vômitos e alteração do trânsito intestinal. Observou-se massa abdominal volumosa dolorosa e ruídos hidroaéreos diminuídos. Em exame de imagem identificou-se teratoma (16x11x18cm) com componente aéreo a sugerir fistulização para víscera oca ou sobreinfecção, e pneumoperitонеu.

Submetida a cirurgia de urgência, que confirmou fistulização para o apêndice.

Este caso salienta a importância de manter em mente as patologias cirúrgicas, uma vez que pela sua apresentação, não é incomum uma primeira abordagem por parte da Medicina.

Neoplasia simulada: Um caso de silicose pulmonar

Ricardina Macedo; Rosário Araújo; Olinda Caetano; Margarida Monteiro; Rosa Ferreira; Patrícia Cláudio; Fábio Alves

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças respiratórias

Introdução

Homem, com 81 anos, reformado, trabalhou muitos anos numa pedreira, trazido ao Serviço de urgência por dessaturação e febre. Realizou radiografia de tórax, com múltiplas opacidades arredondadas. Para esclarecimento, foi solicitada Tomografia computadorizada (TC), com evidência de componente pneumoatelectásico no segmento apical e posterior do lóbulo superior direito associado a repuxamento cisural e calcificações cujas características eram sugestivas de silicose pseudo-tumoral.

Trata-se de uma apresentação rara da silicose pulmonar, facilmente confundida com neoplasia, o que dificulta o seu diagnóstico. Constitui um fator de risco importante para infeções respiratórias recorrentes, o que condiciona a qualidade de vida destes doentes.

Pneumomediastino: de peito cheio

Carolina Cardoso Neves; Pedro Dias Dos Santos; David M. Furtado; Beatriz Luís Lopes; Mariana da Silva Alves; Daniel Veiga; Baltazar Gabriel Oliveira; Marta Amaro; Tiago Alves; Isabel Martins

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

O pneumomediastino consiste na presença anormal de gás nos interstícios mediastinais. Pode ocorrer de forma espontânea ou traumática. Os sintomas incluem toracalgia e dispneia. O diagnóstico é feito por radiografia ou tomografia do tórax. O tratamento depende da etiologia sendo frequentemente conservador.

A imagem apresentada corresponde à radiografia do tórax de um homem de 28 anos que recorreu à urgência por dor retroesternal. Associadamente referia queixas sugestivas de síndrome gripal. Nesta imagem é visível o sinal de Macklin, o qual consiste na presença linear de ar ao longo da silhueta cardíaca.

O doente teve indicação para tratamento conservador com reavaliação imagiológica por tomografia em semana com resolução do achado descrito.

Enfisema centrilobular ou centroacinar – Patologia silenciosa

**Ricardina Macedo; Rosário Araújo; Olinda Caetano; Margarida Monteiro; Rosa Ferreira;
Fábio Alves**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças respiratórias

Introdução

Homem de 69 anos, foi ao Serviço de Urgência por dispneia agravada com esforço, dor torácica pré cordial de características pleuríticas e tosse produtiva com mobilização de expectoração branca. Este quadro já teria um mês de evolução, no entanto não havia sido valorizado até então. A história médica não era relevante para patologia pulmonar estrutural. O doente fica internado com quadro de insuficiência respiratória hipoxémica no contexto de infeção por vírus Influenza A. Pelos exames imagiológicos pedidos, verifica-se enfisema centrilobular de dimensões consideráveis que até então havia passado despercebido pela sua clínica silente. Apesar de ser uma patologia relativamente frequente e de etiologia muito variada, a sua evolução leva a um diagnóstico tardio no contexto de complicações, aumentando assim a morbimortalidade associada a esta condição.

Quando o derrame pleural esconde um abscesso esplênico

Cátia Barra; Carolina Teles; Carolina Ribeiro; Beatriz Ferreira; Elsa Gaspar; Isabel Fonseca

CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA / HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem, 82 anos, internado por confusão, hipoxémia e derrame pleural (DP) para estudo. Toracocentese sugestiva de exsudato e assumiu-se DP parapneumónico. TC tórax e abdómen revelou, além de DP bilateral e atelectasia à esquerda, volumosa hipodensidade esplénica (11cm), sugestiva de abscesso/hematoma infetado. Doente cumpriu 4 semanas de antibioterapia empírica com amoxicilina/ácido clavulânico. Por manutenção do abscesso, foi realizada drenagem percutânea com conteúdo hematópurulento e isolamento de *Enterococcus faecalis*. Iniciou linezolid, com posterior escalada terapêutica por agravamento clínico, vindo a falecer. Esta imagem realça a importância da exclusão de outras causas de DP com risco de diagnóstico tardio e prejuízo no prognóstico.

Quando o Tratamento se Torna um Desafio: Enfisema Subcutâneo Após Colocação de Dreno Tórácico

**Sara Oliveira Gomes; Núria Condé Pinto; Andreia Correia Bulhão; Alexandra Silva Azevedo;
Ângela Coelho**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO AVE

Tema: Doenças respiratórias

Homem de 77 anos autónomo, ex-fumador, com doença pulmonar não estratificada, recorreu ao SU por dispneia. Na admissão, hemodinamicamente estável, a destacar murmúrio vesicular diminuído à direita. RX do tórax a confirmar pneumotórax direito, pelo que foi colocado dreno torácico. Por ausência de melhoria imagiológica e dreno não funcionante, necessitou de novo dreno, sem intercorrências imediatas. Como complicações, desenvolveu pneumomediastino e enfisema subcutâneo de grande volume, com persistência de pneumotórax, necessidade de colocação de dois drenos e realização de talcagem química. Evoluiu favoravelmente com resolução do enfisema subcutâneo.

Serve este caso para alertar acerca de possíveis complicações da drenagem torácica.

Ar Além dos Limites: Desafios Respiratórios na Fibrose Pulmonar Idiopática

Filipa Guedes; Isabel Viana Novo; Adriana Basílio; Alexandra Azevedo; Adriana Almeida; Sofia Festa; Sara Pereira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO AVE

Tema: Doenças respiratórias

Doente, sexo masculino, 80 anos. Antecedentes pessoais de fibrose pulmonar idiopática, sob corticoterapia e oxigenoterapia de longa duração. Recorreu ao serviço de urgência por agravamento do padrão habitual de dispneia. À admissão realizou exame de imagem que mostrou pneumomediastino, pneumotorax bilateral e enfisema subcutâneo extenso. O doente apresentava ainda agravamento da insuficiência respiratória tipo 1. Foi efetuada drenagem centrípeta do enfisema para alívio sintomático. Ao longo do internamento o doente apresentou melhoria clínica, com diminuição da dispneia de pequenos esforços e resolução do enfisema subcutâneo (ausente à data de alta).

A “Christmassy” X-ray

Ana Reis; Luís Dias

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Doenças respiratórias

A 72-year-old man attended the emergency room with complaints of weakness, cloudy vision, and a general feeling of malaise. A chest x-ray was ordered, and a “holly leaf” image (“osso de choco” image in Portuguese) was found. After further questioning, the patient mentioned having a probable tuberculosis diagnosis as a kid.

Pleural disease represents a wide spectrum of abnormalities that affect the pleura. Imaging studies are essential in the characterization of these disorders. One of the alterations that can be found on the chest X-ray is pleural plaques. These areas of fibrosis and calcification of the pleura may arise as sequelae of infections, trauma/ surgery, exposure to asbestos, and chronic inflammation.

Nowadays, due to the evolution of medicine, sequelae of tuberculosis are becoming rarer, but we can still find these imaging patterns in simple x-ray imaging.

Vasculite Lúpica Cutânea: A Pele como Reflexo da Atividade do Lúpus

Rita Gonçalves Pinto; Marta Braga; Filipa Cunha; Daniela Santos; Diogo Ferraro Junqueira; Gonçalo Torrinha; Vânia Gomes; Marina Alves; Céu Rodrigues

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Mulher, 52 anos, raça negra, com histórico de Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) com envolvimento articular, medicada com hidroxicloroquina. Desenvolveu um quadro inespecífico de febre, vômitos e dispneia com cerca de 2 meses de evolução. Apresentava lesões papulares, descamativas, que afetavam a face, palmas e plantas. Destacava-se analiticamente hipocomplementemia, anti-ds-DNA elevado e VS 82 mm/h. A biópsia cutânea confirmou vasculite lúpica.

A maioria dos doentes com LES desenvolve lesões cutâneas, sendo a vasculite lúpica cutânea uma manifestação da inflamação dos pequenos e médios vasos, sendo fundamental a exclusão de uma vasculite sistémica associada. A biópsia cutânea continua a ser o *gold standard* para o seu diagnóstico.

Fasceíte não necrotizante após ferida incisa

Beatriz Ribeiro¹; Gustavo Factori²; Pedro Lito³; Gonçalo Miranda³; Ricardo Tjeng³; Vitor Branco³; Renato Bessa de Melo²; Cristina Coxo³; Miguel Castelo Branco³

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE CASTELO BRANCO

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÓNIO

³ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA COVA DA BEIRA

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Homem de 48 anos, admitido na unidade de cuidados intensivos por celulite do membro superior esquerdo, após picada com farpa de lenha, que se estendeu ao dorso, abdómen e coxa, com sinais de fasceíte. Exames de imagem com densificação, edema e espessamento do tecido celular subcutâneo e fáscia, sem gás nos tecidos moles. Hemoculturas identificaram *Streptococcus* do grupo A multissensível e *Staphylococcus hominis* sensível a oxacilina. O tratamento consistiu em antibioterapia com clindamicina e Penicilina G, desbridamento de tecidos desvitalizados e sedonalgesia.

Esta imagem descreve uma apresentação complexa de celulite e fasceíte não necrotizante, com extensão a múltiplas áreas, com intervenção multidisciplinar, diagnóstico e tratamento desafiador.

Hipocratismo Digital na Fibrose Pulmonar e Insuficiência Cardíaca: Reflexo da Hipoxia Crónica

Rita Gonçalves Pinto; Catarina Araújo; Rui Silva; Severina Lafuente; Inês Gonçalves; Gonçalo Santos; Paula Ferreira; Ana Mendes Costa; Rita Matos; André Santa Cruz; Sara Marques; Cristina Ângela; Alexandre Carvalho

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças respiratórias

Homem, 71 anos, com antecedentes de fibrose pulmonar intersticial (padrão de UIP), insuficiência cardíaca e tuberculose pulmonar em 2015. Apresenta um quadro de dispneia em repouso e tosse irritativa filiada numa exacerbação da doença pulmonar intersticial e descompensação cardíaca. Fez pulsos de metilprednisolona, seguidos de prednisolona 1mg/kg/dia, e necessitou de suporte com oxigenoterapia de alto fluxo.

O hipocratismo digital é uma deformidade caracterizada pelo alargamento das falanges distais e aumento da curvatura ungueal. A sua fisiopatologia envolve a hipoxia crónica e vários fatores de crescimento, como o VEGF e o PDGF. Pode ser hereditário, idiopático ou secundário a patologia cardíaca, pulmonar e gastrointestinal.

Era apenas um pequeno “sinal”...

Rita Gonçalves Pinto; Marta Braga; Juliana Andrade; Pedro Mesquita; Filipa Cunha; Daniela Santos; Diogo Ferraro Junqueira; Vânia Gomes; Marina Alves; Céu Rodrigues

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças oncológicas

Homem de 38 anos, leucodérmico, com um quadro de síndrome gripal e degradação do estado geral. Associadamente, com dor na região da anca e coxa esquerdas, interpretada como patologia degenerativa da coluna lombar, sem melhoria com analgesia. Entretanto, com surgimento de dor no flanco direito do abdómen e perda ponderal, tendo recorrido ao Serviço de Urgência. Realizou TC abdominopélvico e PET-CT FDG a sugerir envolvimento pulmonar, hepático, ganglionar, abdominal e ósseo. Realizada biópsia de uma lesão óssea, que revelou um melanoma metastizado.

O melanoma tem uma incidência de 1500 novos casos/ano em Portugal. Um diagnóstico precoce aumenta a taxa de sobrevivência, mas pode ser desafiante, pela localização ou características atípicas.

Diabetes mal controlada e uma fascíte necrotizante extensa: relato de um caso

Matilde Couto; Desirée Farinha; Cláudia Jesus; João Barroso; Pedro Madeira Marques; Margarida Cortes; Luís Cuña

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ESTUÁRIO DO TEJO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Trata-se do caso de um homem de 68 anos, parcialmente dependente para atividades diárias e com história prévia de dislipidemia e diabetes *mellitus* com mau controlo metabólico (HbA1c 15.7%), internado por Acidente Vascular Cerebral isquémico com hemiplegia esquerda sequelar a aguardar vaga em Unidade de Reabilitação. Acamado, desenvolveu úlcera sagrada com posterior infeção, disseminação e rápida destruição de tecidos moles. Ao 22º dia de hospitalização e apresentando fascíte necrotizante extensa bilateral, o doente foi submetido a desbridamento cirúrgico urgente da úlcera, fasciectomia bilateral das coxas e transversostomia. Atendendo ao extenso atingimento dos tecidos mantém-se com prognóstico incerto, encontrando-se atualmente a aguardar data para novos desbridamentos.

Pulmão Branco por ocupação tumoral

José Martins Dos Santos; Carla Costa; Nuno Alemã Serrano; Nina Jancar

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

Mulher de 63 anos, com adenocarcinoma pulmonar em estadio IV, recorreu ao serviço de urgência por cansaço, dispneia progressiva para pequenos esforços, tosse e recusa alimentar. A radiografia de tórax evidenciou hipotransparência difusa no hemitórax esquerdo, com desvio mediastinal contralateral, sugerindo atelectasia completa (“pulmão branco”). A angio-TC revelou volumosa massa ocupando o hemitórax esquerdo condicionando desvio contralateral do mediastino, adenopatias mediastínicas e derrames pleural direito e pericárdico. O caso ilustra um achado imagiológico marcante da progressão tumoral, reforçando a importância da avaliação multidisciplinar e da gestão dos sintomas nos doentes oncológicos.

Linagliptina e Penfigoide Bolhoso: Uma Relação Inesperada?

Inês Domingues; Joana Reis; Marcelo Silva; Ana Luísa Broa

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Breve descrição do caso

Mulher, 81 anos, diabética, medicada com Linagliptina desde há 6 meses e Glicazida. Desde há três semanas com eritema pruriginoso associado a bolhas e vesículas nos membros superiores, região anterior do torax e dorso. Medicada com corticoide oral (0,5mg/kg) e tópico. Biópsia e imunofluorescência com depósitos lineares de C3 e IgG, sugestivas de Penfigoide bolhoso, em provável relação com Linagliptina, que suspendeu com melhoria clínica.

Enquadramento teórico

O penfigoide bolhoso é uma doença autoimune rara caracterizada por bolhas na pele e mucosas. Pode dever-se a fármacos, como antibióticos. A associação com Linagliptina, um antidiabético oral, como efeito adverso cutâneo, embora rara, está descrita na literatura evidenciando a relevância deste caso e imagem.

Nem tudo é angioedema: um caso de enfisema subcutâneo extenso

António Cardoso Fernandes; André Colmente; Ana Patrícia Coelho; Margarida Peixoto; Ana Rita Parente; Miguel Morgado; Soraia Oliveira; Rogério Corga da Silva; Pedro Moura; José Miguel Sá

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

O enfisema subcutâneo corresponde a ar sob a pele. Pode surgir por trauma, cirurgia ou eventos espontâneos. A avaliação deve centrar-se na identificação e tratamento da causa primária, e o tratamento é de suporte, exceto se a extensão é comprometedora da via aérea ou da circulação.

Apresenta-se caso de doente com queda e trauma torácico recente, que relatou edema facial rapidamente progressivo. No pré-hospitalar assumida anafilaxia, sem resposta a adrenalina. Na sala de emergência constadas crepitações cervicotorácicas à palpação (Imagem 1). Tomografia computadorizada confirmou extenso enfisema subcutâneo, pneumotórax esquerdo de pequeno volume, pneumomediastino e fraturas de arcos costais (Imagem 2). Melhoria clínica sob tratamento conservador (Imagem 3).

Não se julga o livro pela capa: uma apresentação atípica para o tromboembolismo pulmonar

Juliana Andrade; Pedro Pires Mesquita; Marina Alves; Vânia Gomes; Céu Rodrigues; Marta Braga Martins; Daniela Filipa Dos Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Outro

Homem, 43 anos, fumador há 25 anos. Internado por tromboembolismo pulmonar (TEP) segmentar e para estudo etiológico de nódulos pulmonares de novo em angiotomografia torácica, imagens 1, 2 e 3. Realizou estudo de auto-imunidade e pró-trombótico que foram negativos. Ecocardiograma transtorácico, ecodoppler de membros inferiores sem alterações. Broncofibroscopia sem evidência de neoplasia ou infeção. Fez tomografia de emissão de positrões, sem hiperfixação e endoscopias digestivas, ecografia da tiroide não sugestiva de neoplasia. Houve redução generalizada de nódulos em imagem de reavaliação, o que sugeriu embolização múltipla com inflamação secundária ao TEP. Portanto, num doente com múltiplos nódulos pulmonares é premente uma abordagem diagnóstica abrangente, que permita discernir entre processo neoplásico/metastático ou infeção/inflamação.

Quem vê cara não vê compressão: quando um quisto anexial rouba a cena

Juliana Andrade; Pedro Pires Mesquita; Daniela Filipa Dos Santos; Rita Gonçalves Pinto; Marta Braga Martins; Diogo F. Junqueira; Filipa Cunha; Céu Rodrigues; Vânia Gomes; Marina Alves

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Outro

Quistos ováricos de características imagiológicas benignas podem ter indicação para exérese por efeito de massa e compressão local.

Mulher, 87 anos, surge com edema do membro inferior esquerdo (MIE) a partir de 01/2023. Foi diagnosticada com trombose venosa profunda femoral esquerda e iniciou hipocoagulação. Manteve agravamento progressivo do edema, sem novos eventos trombóticos, mas com infeções recorrentes do membro. Em 10/2024 foi internada por erisipela do MIE, com edema muito marcado do MIE (Imagem 1) e massa palpável no quadrante abdominal inferior esquerdo, ultrapassando a linha média (Imagens 2, 3). A tomografia abdomino-pélvica revelou lesão cística anexial esquerda de 16,5 x 9,5 cm, e a ressonância magnética pélvica, demonstrou compressão do sistema vascular local. Foi encaminhada para consulta de ginecologia para tratamento cirúrgico.

O Enigma da Hemoptise: Cavitação Pulmonar com Nível Hidroaéreo e Derrame Pleural

**Daniel Lima Alves¹; Iara Fazenda¹; Madalena Martins Vale¹; Eduardo Viana²;
Ana Frederica Parente¹; António Fernandes¹; Nuno Pardal¹; Mariana Marques¹;
José Carvalho¹; Diana Guerra¹**

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, EPE / HOSPITAL DE SANTA LUZIA

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

Tema: Doenças respiratórias

As hemoptises podem ser causadas por infeção, neoplasia ou malformações vasculares. Doente, sexo masculino, 90 anos. Antecedentes de Tuberculose Pulmonar há 20 anos, com lesão cavitada no pulmão esquerdo, seguido em Pneumologia. Apresentou-se no Serviço de Urgência por quadro de hemoptises com 3 dias de evolução. Na semana anterior à admissão cumpriu antibioterapia para tratamento de Pneumonia, mantendo apirexia sustentada e tosse esporádica. Apresentava-se eupneico, sem outras queixas. Realizou TC torácico no qual se objetivou cavidade quística de grandes dimensões (9,1x7,8cm) no lobo inferior do pulmão esquerdo, contendo nível hidroaéreo, com material hemático intracavitário, sugestivo de hemorragia. Coexistia ainda derrame pleural de médio volume à esquerda, multiloculado, tendo sido colocado dreno, com saída de material hemático.

The blue man syndrome

**Diane Pimenta; Maria Luís Santos; Tânia Silva; Clarisse Neves; Sandra Barbosa;
Maria Elisa Torres; Jorge Cotter**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO AVE

Tema: Outro

Mulher, 82 anos, com antecedentes de Flutter Auricular, submetido em 2017 a cardioversão elétrica, mas, por recidiva precoce, medicada com amiodarona 200mg por dia. Em 2022 iniciou quadro de hiperpigmentação cinza-azulada da pele do rosto, com impacto na sua qualidade de vida, motivo pelo qual recorreu a consulta externa. O diagnóstico do “blue man syndrome” foi feito. Esta reação adversa ocorre em 1 a 3% dos doentes medicados cronicamente com amiodarona, e deve-se a deposição na derme de melanina e lipofuscina contidas nos macrófagos e nas células endoteliais. Este quadro, embora reversível, pode levar décadas até resolução completa, sendo essencial nestes casos a suspensão do fármaco e a evicção da exposição solar

Volumosa cavitação pulmonar

Isabel Castro Guerra; Carlos Carrilho Anjo

HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

Uma mulher, de 22 anos, natural da Guiné, a residir em Portugal há 2 anos. Recorre ao serviço de urgência (SU) por odinofagia, tosse produtiva, febre de predomínio vespertino e anorexia, com 1 mês de evolução. Realizou uma tomografia computadorizada, com volumosa cavidade e padrão de nodularidade centrilobular “*tree-in-bud*”.

A pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) na expectoração foi positiva. Perante o diagnóstico de tuberculose pulmonar cavitada bacilífera com disseminação endobrônquica iniciou antibacilares (etambutol, pirazinamida, rifampicina e isoniazida). A tuberculose é das principais causas de morte por doenças infecciosas no mundo. A grande Lisboa é uma zona endémica de tuberculose. Esta doença não está restringida aos países menos desenvolvidos e devemos ter um alto grau de suspeição para a mesma.

Tuberculose miliar em doente com COVID19

**Rui Salvador; Adriana Pereira Guedes; Catarina Antunes Salvado; Miguel Angelo Sousa;
Ana Sofia Reis; Elena Suarez**

ULS GAIA ESPINHO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Mulher de 79 anos, autónoma, internada inicialmente por COVID-19 com sobreinfecção bacteriana e tromboembolismo pulmonar. Durante o internamento, manteve febre e síndrome constitucional com perda ponderal, com TC torácica a revelar adenopatias mediastínicas necróticas e derrame pleural direito- imagem 1. Duas semanas após TC, realiza PET-CT que levantou provável diagnóstico de tuberculose miliar- imagem 2. O diagnóstico de tuberculose foi confirmado por lavado bronco-alveolar positivo para *Mycobacterium tuberculosis*. Este caso ilustra a importância da suspeição clínica de tuberculose em doentes com febre persistente e síndrome constitucional.

O desafio dos exantemas febris

Diane Pimenta; Joana Rego; Tânia Silva; Gabriela Pereira; Rosa Cardoso; Helena Sarmento; Jorge Cotter

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO AVE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem de 25 anos, recorreu ao SU por síndrome febril e odinofagia, tendo ficado medicado com Amoxicilina + Acido clavulanico por suspeita de amigdalite. Por manutenção das queixas e aparecimento de exantema generalizado recorreu novamente ao SU. Ao longo do internamento, apresentou agravamento das suas lesões, vesiculares e de aspeto umbilicado. Pelo aspeto típico, foi pedido pesquisa do Mpox, com resultado provisório negativo. Pedido então parecer de Dermatologia que levantou a hipótese de Varicela, tendo sido iniciado Valaciclovir com posterior melhoria clínica. Cerca de 20 dias depois do início dos sintomas, o resultado oficial foi comunicado pelo laboratório e o diagnóstico de infeção pelo vírus Mpox foi feito.

A importância da semiologia na endocardite

Isabel Castro Guerra; Carlos Carrilho Anjo

HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

Mulher, 79 anos, com atecedentes de doença valvular reumática mitral e aórtica, é admitida na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) em choque hipovolémico. Durante a permanência na UCI inicia febre. Foi detetada bacteriemia por *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina, confirmada em quatro hemoculturas. Fez-se um estudo detalhado, excluindo-se focos infecciosos cutâneos, ósseos ou abdominais. Realizou ecocardiograma transtorácico e transesofágicos, inconclusivos. Apresentava pequenas máculas eritematosas nas palmas das mãos, indolores, compatíveis com lesões de *Janeway*. Fez-se o diagnóstico de endocardite infecciosa com 1 Critério de *Duke* major e 3 minor. A endocardite infecciosa está associada a elevada mortalidade, o seu diagnóstico precoce é essencial. Este caso realça a importância que o exame objetivo ainda tem hoje em dia.

Cistite enfisematosa: um diagnóstico trágico

Pedro Sá Almeida; Ana Maria Carvalho; Rita Magalhães; João Enes; Beatriz Exposito

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Mulher, 65 anos, com antecedentes de diabetes mellitus pós pancreatite aguda, fibrilhação auricular, hipertensão arterial, neoplasia do cólon submetida a sigmoidectomia, esteatose hepática, asma e infeções do trato urinário de repetição recorre ao serviço de urgência por prostração, hipotensão, taquicardia e perda de controlo de esfínteres. Foi diagnosticado um choque séptico com ponto de partida em cistite enfisematosa, como revela a tomografia computadorizada na imagem proposta. Iniciou meropenem, metronidazol e foi transferida para uma Unidade de Cuidados Intensivos. Apesar das medidas de suporte de órgão instituídas, a doente acabou por falecer.

Purple urine bag syndrome

**André Santos; Maria Inês Miranda; Sara Frazão de Brito; João Horta Antunes;
Nuno Fernandes; João Espírito Santo**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Purple urine bag syndrome é uma entidade caracterizada por urina de coloração púrpura em doentes com infeções do trato urinário (ITU). Numa revisão de 2020 são identificados vários fatores predisponentes: mulheres, idosos, insuficiência renal crónica, ITU recorrentes e pH urinário alcalino.

Entre as espécies mais frequentemente: *E. coli*, seguido de *Proteus mirabilis*, *K. pneumoniae*, *Enterococcus* spp, *P. aeruginosa*.

Mulher de 77 anos, dependente total e institucionalizada. Recorreu ao serviço de urgência por urina roxa, dor suprapúbica e prostração. Dos exames complementares destaca-se exame sumário de urina com leucocitúria, nitritúria e eritrocitúria. Exames culturais com bacteriémia por *S. anginosus* e *Bacteroides thetaiotaomicron*, e cistite por *Proteus mirabilis* e *K. pneumoniae*, todos os agentes com sensibilidade a piperacilina/tazobactam iniciado.

Endocardite Infecciosa: A resposta está nas mãos... e nos pés

Daniel Lima Alves¹; Iara Fazenda¹; Eduardo Viana²; Madalena Martins Vale¹; António Fernandes¹; Ana Frederica Parente¹; José Carvalho¹; Diana Guerra¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, EPE / HOSPITAL DE SANTA LUZIA

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

O diagnóstico de Endocardite Infecciosa (EI) deve ser feito através de critérios clínicos, imagiológicos e hemoculturas - Critérios de Duke modificados.

Apresenta-se o caso de um homem, 82 anos, levado ao Serviço de Urgência por quadro de hemiparésia esquerda de instalação súbita e febre. Realizou TC-CE que revelou hipodensidade cortico-subcortical insular direita, compatível com lesão isquémica de instalação recente. Ao exame objetivo verificaram-se lesões exuberantes de aspeto necrótico nas extremidades (manchas de Janeway), nódulos de Osler e hemorragias subungueais (hemorragias de Splinter) nas mãos e nos pés. Devido à suspeita de EI foram colhidas Hemoculturas e iniciada Antibioterapia Empírica. Foi isolado o *Staphylococcus Aureus* sensível à meticilina. Este caso demonstra que a observação clínica atenta pode orientar o diagnóstico de EI.

Nem tudo o que brilha é ouro - Linfoma T cutâneo

André Santos; Diana Raimundo; Ana Patrícia Moreira; Mafalda Vasconcelos; Maria Inês Miranda; João Espírito Santo; Nuno Pina Gonçalves

HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

Tema: Doenças raras

Mulher de 47 anos. Antecedentes de Espondilartropatia HLA-B27+ desde 2019. Inicialmente sob Etanercept suspenso por rabdomiólise e miopatia, depois Adalimumab também suspenso por baixa tolerância.

Neste período coincide com aparecimento de múltiplas formações nodulares subcutâneas e febre sem sudorese noturna. Anemia crónica agravada (Hb-8g/dL) e leucopenia de novo.

Internada para estudo destacando-se biópsia óssea com linfocitose T inespecífica; PET-scan com hipermetabolismo em incontáveis densificações (sub)cutâneas dispersas, sugestivo de linfoma T cutâneo; e biópsia de nódulo cutâneo com Linfoma T gama-delta com padrão paniculítico.

O linfoma T cutâneo é uma entidade rara, de difícil diagnóstico, cuja apresentação clínica pode mimetizar outras doenças inflamatórias ou infecciosas.

Neoplasia Pulmonar e suas consequências

Beatriz Passos; Andreia Mandim

CENTRO HOSPITALAR PÓVOA DE VARZIM/ VILA DO CONDE

Tema: Doenças oncológicas

Homem de 70 anos, autónomo, sem antecedentes pessoais de relevo. Internado por dor associada a tumefação torácica esquerda e tumefação na região frontoparietal esquerda. Tomografia computadorizada (TC) de tórax evidenciou massa pulmonar esquerda, de dimensões 15x12 x12cm com invasão da parede torácica, associada a destruição óssea, extensão até região axilar homolateral e TC crânioencefálica com lesão ocupante de espaço, epicraniana, intradiplóica e dural à esquerda, de 5,7cm a condicionar erosão da trabeculação óssea, a sugerir possibilidade de se tratar de lesão secundária. Realizou biópsia pulmonar a confirmar neoplasia maligna de padrão sólido/ em toalha, com células de citoplasma abundante e eosinófilo. Evolução desfavorável, com insuficiência respiratória progressiva, em contexto de infeção respiratória. Verificado óbito ao 13º dia de internamento.

Quando a Aorta Decide Seguir Dois Caminhos...

Sara Sousa Ferreira; Rita Morgana Alves; Cristiana Batouxas; Maria João Rego; Eugénia Madureira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE

Tema: Doenças cardiovasculares

Sexo feminino, 92 anos, autónoma. Hipertensa, medicada. História de neoplasia do recto, submetida a ressecção cirúrgica. Avaliada no serviço de urgência (SU) por dispneia e dor torácica, de características pleuríticas, bilateral. Avaliação no SU, duas semanas antes, por lombociatalgia, melhorada após analgesia. Sem alterações relevantes a nível do exame físico. Na sequência do estudo etiológico complementar realizado, foi diagnosticada incidentalmente, em tomografia axial computadorizada, uma disseção extensa da aorta torácica. Após discussão multidisciplinar, assumida estratégia conservadora, tendo a doente vindo a falecer durante o internamento.

Uma causa pouco comum de alteração do estado de consciência

Bárbara Baptista; Catarina Camarneiro; Margarida Luís; Susana Travassos Cunha; Marta Ferreira; Susana Magalhães

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO MONDEGO

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Homem de 26 anos, sem antecedentes de relevo, trazido ao serviço de urgência por alteração do estado de consciência, após dor torácica de início súbito. Apresentava hipersudorese, diminuição do murmúrio vesicular direito e insuficiência respiratória grave.

Realizou radiografia torácica com suspeita de hemotórax a condicionar desvio contralateral da traqueia (Imagem 1). Foi confirmada por tomografia computadorizada a presença de hemotórax volumoso e hemomediastino (Imagem 2), ectasia da artéria subclávia direita com extravasamento de contraste, ainda, aneurisma bilateral das artérias renais (Imagem 3).

O choque hemorrágico por rotura espontânea da artéria subclávia direita é uma causa rara de alteração do estado de consciência, na ausência de trauma, em doente jovem e sem antecedentes patológicos e cirúrgicos de relevo.

Alojado no ápice: Um caso de Pancoast

Vitor Santos Oliveira; Inês Fernandes; Filipa Rodrigues Reis; Inês Rento; João Lança; Giovana Ennis; Edite Nascimento

CENTRO HOSPITALAR TONDELA-UIVSEU, EPE / HOSPITAL DE SÃO TEOTÓNIO, EPE

Tema: Doenças respiratórias

O tumor de Pancoast resulta do atingimento do ápice pulmonar com invasão local. Pode manifestar-se por dor e parestesias no membro superior ipsilateral associado síndrome de Horner.

Mulher de 66 anos, com antecedentes de carcinoma epidermoide do colo do útero em remissão, dirige-se ao SU por dor no membro superior esquerdo após queda há 3 dias. Foi medicada sintomaticamente com Tramadol 50mg 2id e Ibuprofeno 600mg 2id. Passado 2 dias, regressa ao SU por agravamento das queixas associadas a parestesias e diminuição da força do membro. Realizou TC cervical e torácica que demonstrou uma “lesão neoformativa em topografia supra hilar esquerda com extensão para o vértice pulmonar, com invasão da parede torácica e destruição parcial do 1º arco costal esquerdo”. Após entrevista detalhada a doente referiu astenia, anorexia e perda ponderal com 2 meses de evolução.

Melanoniquia - uma linha extensa de diagnósticos diferenciais

Henrique Cerveira; Catarina Loureiro; Pedro Silva Rodrigues

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Tema: Doenças oncológicas

A melanoniquia longitudinal consiste em uma estria pigmentada na unha, castanha ou preta, causada pelo aumento da atividade melanocítica. Embora comum na raça negra, em que pode ser fisiológica, pode dever-se a um conjunto vasto de etiologias, sendo importante a exclusão de melanoma ungueal. Apresentam-se fotografias dos dedos da mão de um homem melanodérmico com 68 anos, internado em enfermaria de Medicina Interna por agudização de insuficiência cardíaca. Durante o internamento, foi observada lesão pigmentada da unha de ambos os dedos indicadores das mãos, sem atipia e sem sinal de Hutchinson, com aparente crescimento indolente em cerca de três meses, sem sinais de doença sistêmica ou síndrome constitucional associados, tendo sido orientado para estudo etiológico com dermatoscopia em ambulatório, após resolução do motivo de internamento.

Sarcoma de Kaposi disseminado: um diagnóstico atual

Maria Homem Ferreira; Vasco Tiago; Edgar Amaro; Isabel Castro Guerra; Filipa Sampaio Correia

HPP HOSPITAL DE CASCAIS

Tema: Doenças oncológicas

Apresentamos o caso de um homem de 33 anos, com infeção VIH-1 e bom controlo imunológico, internado por uma intercorrência infecciosa. A identificação e biópsia de lesões cutâneas (1 e 2) permitiram o diagnóstico histológico de Sarcoma de Kaposi (SK). O exame objetivo completo identificou lesão no palato mole (3) e uma endoscopia digestiva alta revelou SK gastrointestinal. Perante o diagnóstico de SK disseminado com doença visceral, iniciou-se quimioterapia ainda em internamento.

Apesar do SK ser significativamente menos prevalente desde a introdução da terapêutica antirretroviral, é fundamental que o internista saiba reconhecer estas lesões como suspeitas, a fim de fazer um diagnóstico precoce e melhorar o prognóstico da doença através do tratamento dirigido, quando indicado.

Uma imagem incomum de um hematoma intramural da aorta

Miguel Fidalgo; Mariana Sant'ana; Gonçalo Carneiro; Maria Manuel Costa; Mónica Teixeira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ENTRE DOURO E VOUGA

Tema: Doenças cardiovasculares

Um hematoma intramural da aorta (HIA) é considerado uma variante da disseção aórtica típica e corresponde a menos de um terço destes síndromes. A imagem apresentada corresponde a um caso de um homem de 75 anos, autónomo, com antecedentes de hipertensão arterial, que é admitido SU por dor torácica central de pouca intensidade, intermitente, que agrava com a tosse. À admissão encontrava-se hemodinamicamente estável, analiticamente com elevação dos marcadores inflamatórios. Realizou EcoTT que demonstrou dilatação da raiz da aorta (45 mm) e TC Tórax que evidenciou hematoma intramural com envolvimento evidente da raiz da aorta (Stanford A). O envolvimento da crossa da aorta traduz-se numa mortalidade significativamente superior e por isso tem indicação para intervenção cirúrgica. Este caso pretende relevar uma imagem desta patologia grave e incomum.

A importância do ecocardiograma no estudo etiológico do AVC

Bárbara Baptista; Beatriz Teixeira Lima; Ana Filipa Batista; Pilar Lopez; Susana Travassos Cunha; Susana Magalhães

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO MONDEGO

Tema: Doenças cardiovasculares

Doente do sexo feminino de 76 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia, internada em contexto de Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico com lesão constituída em território de artéria cerebral média esquerda (Imagem 1) e presença de trombo endoluminal.

No contexto de estudo etiológico, realizou ecocardiograma transtorácico (ETT) que demonstrou a presença de válvula mitral espessada, com vegetação não obstrutiva no folheto posterior, com cerca de 21 mm x 7 mm a condicionar regurgitação mitral ligeira (Imagem 2). Iniciou antibioterapia empírica para endocardite infecciosa.

Pretende-se alertar para a importância do ETT no estudo etiológico do AVC, atendendo a que não são ignoráveis as complicações neurológicas da endocardite infecciosa.

Pielonefrite Xantogranulomatosa: o rim oculto

Ricardo Costa; Ana Padrão Ferreira; Mariana S. Lima; Cristiana Lopes; Diana Ferreira Lopes; Marta F. Costa; Joana Sotto Mayor; Cindy Tribuna

HOSPITAL DE BRAGA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem de 75 anos, antecedentes de doença renal crónica com segundo transplante renal rejeitado e atualmente em hemodiálise. Admitido por suspeita de traqueobronquite aguda com insuficiência respiratória. Durante o internamento com isolamento de *Klebsiella pneumoniae* em hemoculturas. Ao quinto dia de internamento mantinha parâmetros inflamatórios elevados pelo que foi pedido tomografia computadorizada toracoabdominopélvica com contraste que evidenciou sinais de pielonefrite xantogranulomatosa do rim transplantado. Foi transferido para centro de referência para realização de nefrectomia após 17 dias de internamento com objetivo de controlo de foco, com resolução do quadro infeccioso. A imagem evidencia o sinal de pata de urso, característico da pielonefrite xantogranulomatosa e a importância do controlo de foco para resolução de quadros infecciosos.

Um sinal de “trousseau” incomum

António Leão; Joana Correia Araújo; Bruno Sousa

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

O presente caso trata de uma mulher de 57 anos, autónoma, sem antecedentes de relevo ou medicação habitual. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de vômitos incoercíveis e diarreia com 10 horas de evolução, teve contacto com o seu filho que testou positivo para influenza A. à admissão apresentava ao exame objetivo contração muscular involuntária de ambas as mãos sem conseguir abrir as mãos (imagem 1), sem sinal de chovstek. Gasimetricamente apresentava alcalemia respiratória, sem hipoxemia e hipocalcemia com calcio^{2+} de 0,9. Realizou 2g de gluconato de cálcio e sulfato de magnésio com resolução rápida do quadro de contração muscular involuntária. Esta imagem mostra um sinal clássico de hipocalcemia, neste caso apesar de não ser gravemente baixa foi sintomática pela sua apresentação aguda (por perdas gastrointestinais).

Um caso de eritema pigmentado fixo bolhoso por Paracetamol

Daniel Veiga; Inês Duarte; Rachele Escoli; Ivan Luz; Cátia Figueiredo; Marisa Roldão; Rui Duarte; Paulo Santos; David Furtado; Anna Knoch; Isabel Martins

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO

Tema: Outro

O eritema pigmentado fixo é uma reação adversa de hipersensibilidade (tipo IV), habitualmente a fármacos, caracterizada por lesões maculares violáceas ou lesões bolhosas, redondas ou ovaladas, que surgem dois dias a uma semana após a exposição inicial ao fármaco.

Descreve-se o caso de um homem de 77 anos, com antecedentes de neoplasia da orofaringe, internado no contexto de doença renal crónica terminal agudizada, a quem foi administrado uma dose única de paracetamol endovenoso para alívio de dor crónica agudizada. Cerca de 24 a 48 horas após a administração deste analgésico desenvolveu lesões ovaladas dispersas, com evolução para flictenas, com resolução gradual após aplicação de corticoterapia tópica e suspensão do paracetamol.

Sarcoma de Kaposi pulmonar: imagens de um caso

Desirée Farinha, Matilde Couto, João Barroso, Mónica Reis

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ESTUÁRIO DO TEJO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Sexo feminino, 43 anos, HIV⁺, sem adesão a terapêutica. Recorreu ao Serviço de Urgência por dormência no hemitórax esquerdo de instalação súbita. Referência a tosse, febre com 1 semana de evolução, astenia e emagrecimento involuntário de 14 kg em 2 meses. Analiticamente com leucopenia 2700/uL, neutropenia 250/uL, linfopenia 90/uL, carga viral HIV⁺ 99 83 cópias/mL e contagem de linfócitos T CD4⁺ 3 células/mm³. A TC Tóraco-abdomino-pélvica revelou múltiplas áreas pulmonares nodulariformes/em chama, 20 mm de diâmetro máximo, contornos irregulares e espiculados sugestivos de Sarcoma de Kaposi (SK). A broncofibroscopia e a biópsia das lesões pulmonares confirmaram o diagnóstico.

O SK é uma neoplasia maligna rara, com elevado grau de malignidade e corresponde a 1% das neoplasias malignas do pulmão.

O que uma lagarta faz...

Pedro Sá Almeida; Ana Maria Carvalho; Rita Magalhães; João Enes; Beatriz Exposito

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Tema: Outro

Homem, 61 anos, sem antecedentes relevantes, recorreu ao serviço de urgência por cervicalgia com tumefações cervicais posteriores dolorosas, com três dias de clínica após exposição a "lagarta dos pinheiros". No exame objetivo destacam-se as referidas tumefações, a maior com 6cm de diâmetro, sem mais adenopatias palpáveis e exantema maculopapular dorsal (imagem 1). Analiticamente com monocitose, aumento da proteína C reativa, função tiroideia normal, serologias negativas, realizou radiografia torácica (imagem 2), mostrando adenopatias hilares e ecografia cervical que identificou gânglios linfáticos hipoeecogénicos, hipovascularizados bilaterais. Tratado com dexametasona tópica e anti-histamínico, foi reavaliado seis dias após com resolução do exantema (imagem 3) e tomografia computadorizada toracoabdominopélvica com exclusão de adenopatias.

Situs inversus total: um achado imagiológico raro

Maria Homem Ferreira; Vasco Tiago; Edgar Amaro; Francisca Sá Couto; Isabel Castro Guerra

HPP HOSPITAL DE CASCAIS

Tema: Outro

O *situs inversus* total é uma patologia congénita rara, caracterizada pela inversão em espelho dos órgãos torácicos e abdominais. A sua prevalência é de 1:10 000 pessoas, sendo mais frequente no sexo masculino.

Descrevemos o caso de uma mulher de 69 anos, com história de artrite reumatóide, síndrome metabólica e adenocarcinoma do cólon sigmóide, com diagnóstico acidental de *situs inversus totalis* na idade adulta, através de exames imagiológicos (1, 2 e 3). Internada por suspeita de enfarte agudo do miocárdio sem elevação do segmento ST, realizou um ecocardiograma transtorácico cuja qualidade técnica foi considerada deficiente pela condição anatómica referida.

Em doentes com situs inversus total, destaca-se a dificuldade na realização de exames dependentes do operador, como o ecocardiograma, pela falta de experiência inerente à raridade desta condição clínica.

Hérnia Diafragmática e Insuficiência Respiratória Global Crónica

Rita Ribeiro Vilar; Rita Dutschmann; Joana Baptista Paulo; Jéssica Oliveira; Luísa Martinho Marques

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE AMADORA/SINTRA

Tema: Doenças respiratórias

Mulher de 77 anos, com insuficiência respiratória global (IRG) crónica, a condicionar acidemia respiratória (gasimetria arterial: pH 7.19, pCO₂ 94.1 mmHg, pO₂ 55.9 mmHg, saturação de O₂ 79%, HCO₃ 35.5 mmol/L). Tal como objetivado nas imagens, os exames revelaram uma hérnia diafragmática volumosa, que estaria a condicionar uma síndrome pulmonar restritiva e a contribuir para a IRG crónica. Iniciou-se ventilação não invasiva noturna, com melhoria clínica e resolução da acidemia. Este caso reforça a importância de se considerar as diversas etiologias na abordagem da IRG crónica, incluindo as menos frequentes, pois a identificação de causas subjacentes é determinante no diagnóstico e na escolha do tratamento mais adequado.

LINFOMA DE HODGKIN COM MASSA BULKY MEDIASTÍNICA – uma radiografia

Daniela Ormonde¹; Ricardo Ferreira¹; João Mascarenhas²; Jorge Almeida¹; Inês Albuquerque¹

¹ CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO, EPE

² UNIC@RISE, DEPARTAMENTO DE FISIOLÓGIA E CIRURGIA, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

Tema: Doenças oncológicas

Homem, 31 anos, recorre ao Serviço de Urgência por tumefação supraclavicular esquerda dolorosa, disfagia e pressão retrosternal com a inspiração profunda desde há 3 dias. À admissão: febril, confirmando-se tumefação supraclavicular esquerda exuberante, dolorosa. Ao revelar marcado alargamento mediastínico, assimétrico e de contornos claros, a radiografia torácica permitiu direcionar o diagnóstico diferencial para o grupo de patologias infiltrativas. A angiotomografia computadorizada veio caracterizar com precisão o extenso conglomerado adenopático (cerca de 110 x 88cm), e respetivo efeito de massa sobre a veia braquiocefálica esquerda. Obteve-se diagnóstico definitivo por biópsia excisional ganglionar de Linfoma de Hodgkin – esclerose nodular.

Esquizencefalia na Vida Adulta: Quando a Anomalia Cerebral Passa Despercebida

RAQUEL MARIA NEVES FLORES; David Ferra de Sousa; Rosário Cardoso; Gonçalo Guerreiro; Gabriela Almeida; Isabel Simões

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LISBOA OCIDENTAL

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A esquizencefalia é uma doença rara, congénita, de diagnóstico pré-natal, caracterizada pela presença de fissuras cerebrais anormais. As manifestações clínicas variam desde déficit motor, epilepsia a défice cognitivo. O diagnóstico tardio, trata-se, na maioria de um achado accidental.

Apresentamos o caso de mulher de 32 anos, admitida por diagnóstico inaugural de Lupus eritematoso sistémico e evolução em síndrome antifosfolípídica catastrófica com suspeita de envolvimento multiorgânico. Para caracterização clínica realizou tomografia craneoencefálica com evidência de esquizencefalia de lábio aberto bilateralmente associado a volumoso quisto aracnoideu com apagamento sulcal regional, sem indicação cirúrgica e sem repercussão neurológica.

Fraqueza Súbita nos Membros Inferiores: Da Psiquiatria à Emergência Vascular

**David Furtado; Daniel Veiga; Carolina Cardoso; Pedro Dias Dos Santos; Beatriz Luís Lopes;
Anna Knoch**

HOSPITAL DISTRITAL DE ABRANTES

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Apresentamos o caso de uma doente autónoma de 74 anos, observada em urgência, com antecedentes relevantes de leucemia linfocítica crónica, hipertensão arterial, e patologia psiquiátrica não especificada.

Recorreu inicialmente ao serviço de urgência básica, por falta de força nos membros inferiores, bilateralmente, 'de novo', enquanto tomava café. Existia história de início recente de Vortioxetina. O colega do balcão de clínica geral solicitou avaliação da psiquiatria, que enviou a doente á urgência Medico-Cirúrgica para exclusão de patologia orgânica.

Á nossa observação a doente apresentava-se com dor intensa a nível dos membros inferiores, que além de arreflexia, apresentavam plégia e estavam frios e marmoreados. Entre o estudo, solicitámos angio-TC dos membros inferiores que revelou oclusão aórtica abaixo das artérias renais.

PLASMOCITOMA SOLITÁRIO EM ARCO COSTAL – UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM

Carla Pires; José Brizuela

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

O Plasmocitoma solitário ósseo é uma proliferação neoplásica monoclonal de plasmócitos rara, que acomete áreas de maior atividade hematopoiética como pélvis, crânio, coluna e fémur, com poucos casos descritos em arcos costais.

Caso Clínico

Mulher de 80 anos, sub-febril e com tosse produtiva persistente, mialgias e toracalgia sub-esternal com 1 semana de evolução, sem alterações relevantes ao exame físico. No estudo apresentou anemia, lesão renal aguda e eletroforese de proteínas com pico monoclonal. A Tomografia Computorizada do Tórax revelou área de espessamento pleural à esquerda com 43 x 23 mm, envolvendo o 6º arco costal, com destruição óssea e cortical, descrevendo a biópsia uma neoplasia constituída por uma toalha de plasmócitos maduros com características compatíveis com plasmocitoma.

Quisto Hepático Volumoso: Desafio Diagnóstico e Abordagem Terapêutica

Cláudia Silva¹; Inês Pereira de Oliveira²; António Paulo Bandeira Ramos²; Andreia Coutinho²; Inês de Albuquerque Monteiro²

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO AVE

² ULS MÉDIO AVE

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

O quisto hepático é mais incidente acima dos 50 anos, é frequentemente assintomático e diagnosticado por exame de imagem. Apresenta-se imagens de tomografia computadorizada (TC) abdominal de uma mulher de 75 anos com diabetes mellitus tipo 2 e tireoidectomizada por carcinoma papilar da tiroide. Trazida ao serviço de urgência por dispneia, tendo sido diagnosticada descompensação de insuficiência cardíaca por pneumonia. Apresentava abdómen muito volumoso por hepatomegalia; TC abdominal: imagens quísticas bilobares, a maior no lobo direito com pelo menos 24 cm (figura 1 e 2). Foi posteriormente encaminhada para a consulta de hepatologia para orientação e tratamento.

Explosão de ar - Um caso de pneumoperitoneu secundário a neoplasia

Joana Pereira de Melo; Valter Duarte; Rita Figueira; Jéssica Krowicki; Gorete Jesus; Carla Matias

ULSRA

Tema: Doenças oncológicas

Mulher 63 anos, encaminhada ao serviço de urgência com mandado de condução por negligência do autocuidado, recusa de apoio social e médico. Apresentava marcada caquexia e sarcopenia, edentualismo, hipotensão, taquicardia e abdómen distendido. Análises: anemia microcítica hipocrômica (Hb 6.7g/dl), défice de ácido fólico e vitamina B12.

Realizou TC tóraco-abdomino-pélvica: imagem compatível com neoplasia da transição retossigmoideia, a condicionar volumoso pneumoperitoneu originado por perfuração de víscera oca em diversas localizações pela acumulação de fezes. Evidência ainda de tromboembolia pulmonar bilateral, trombose da veia femoral comum e lesão lítica no íliaco esquerdo. Recusou cuidados médicos, em provável relação com personalidade rígida com traços paranoides segundo avaliação por psiquiatria. Teve evolução desfavorável acabando por falecer.

Lombalgia misteriosa - doença de Kummel

Sofia Ferreira Cunha; Adriana Lopes; André Conchinha; Afonso Rodrigues; Teresa Garcia; António Mário Santos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

Tema: Medicina geriátrica

A doença de Kummel define-se como a osteonecrose avascular do corpo vertebral secundária a fratura compressiva da vértebra.

Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino de 85 anos com quadro de dorsolombalgia e dor abdominal com 1 semana de evolução. De referir, várias quedas no mês anterior. Realizada tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica para investigação da dor abdominal onde, após revisão das imagens, se identificou fratura das vértebras dorsal 12 (D12) e lombar 1 (L1). A nível de L1, apresentava ar intravertebral, achado patognomónico de necrose avascular - Doença de Kummel (Figura 1).

A identificação desta lesão permitiu realizar vertebroplastia de L1 e melhoria posterior da dor e da autonomia do doente.

Quando um Ogilvie se mostra

Bárbara Baptista; Beatriz Teixeira Lima; Susana Travassos Cunha; Susana Magalhães

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO MONDEGO

Tema: Medicina geriátrica

Homem de 80 anos com antecedentes de Síndrome demencial, medicado com antipsicóticos, é enviado ao Serviço de Urgência por prostração e recusa alimentar com início nesse dia. Trata-se de doente com internamento prolongado recente por Broncopneumonia aguda e Síndrome de Ogilvie.

Objetivamente apresentava distensão marcada de ansas cólicas (Imagem 1 e Imagem 2), timpanismo e desconforto generalizado à palpação abdominal, tendo iniciado medidas de descompressão do trato gastrointestinal, com melhoria.

Pretende-se ressaltar a importância do exame objetivo na avaliação de doentes com colaboração limitada e, seu enquadramento clínico, que, neste caso, permitiu o diagnóstico e início de terapêutica precoce de forma a evitar complicações.

Bolha de Enfisema Pulmonar - Caso clínico

Mónica Spencer Pereira; Sandra Sepúlveda; Daria Bem; Sérgio Silva; Domingas Pereira; Pedro Costa

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO

Tema: Doenças respiratórias

Mulher de 42 anos, antecedentes de doença pulmonar obstrutiva e exfumadora (20 UMAS). Recorreu ao serviço de urgência por dispneia, dor pleurítica e tosse produtiva com 3 dias de evolução. Análises com leucocitose e PCR de 14,7 mg/dl. Radiografia de tórax hipotransparência no 1/3 médio à esquerdo e bolha enfisematosa. Tomografia com enfisema panlobular em ambos os pulmões mais extensa à direita. Ficou internada para tratamento. Espirometria com volume expiratório forçado muito reduzido e obstrução brônquica grave. Evoluiu favoravelmente e teve alta para consulta de Pneumologia.

O enfisema pulmonar é uma condição crónica e progressiva, a principal causa é o tabagismo, podendo associar-se a predisposição genética e deficiência de alfa-1 antitripsina. O diagnóstico é crucial para iniciar o tratamento adequado e medidas que retardam a progressão da doença.

Prurigo nodular

Anabela Brito; Mafalda Machado de Gouveia; Ana Patrícia Coelho; Maria Guilherme Muchata; Maria Inês Risto; Álvaro Machado; Vera Teixeira; Diana Guerra

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

Tema: Outro

Introdução

O Prurigo Nodular (PN) é uma dermatose crónica caracterizada por pápulas e nódulos hiperqueratósicos e pruriginosos, de tamanho variável, habitualmente localizados no tronco e membros. É uma doença rara, com grande impacto na qualidade de vida, que afeta maioritariamente mulheres com idade entre os 51 e os 65 anos. O tratamento é desafiante, dada a eficácia limitada das terapêuticas atualmente disponíveis.

Caso Clínico

Homem de 65 anos, diabético, com lesões cutâneas nos membros com três anos de evolução sugestivas de PN. Realizada biópsia cutânea, cujo estudo anatomopatológico foi compatível com PN. Iniciado tratamento com corticóide tópico, com melhoria das lesões.

Síndrome da Veia Cava Superior por Bócio Multinodular

Tiago Silveira Rosa; Ana Governo Ribeiro; Pedro Eliseu; Carolina Queijo; Ana Maria Carvalho; Pedro Sá Almeida; Rita Magalhães; Beatriz Expósito; Cristiana Sousa; Fernando Salvador

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução

Sexo feminino, 88 anos, autónoma. Antecedentes de cardiomiopatia hipertensiva com disfunção diastólica e hipertensão pulmonar, artrite reumatoide, bócio mergulhante e hipotireoidismo. Recorre ao serviço de urgência por quadro de 2 semanas de evolução de cefaleias, tonturas e polipneia em repouso, apresentando pletora facial, circulação colateral torácica e sinal de Pemberton. Realizou tomografia tórax que revelou bócio multinodular de 8 cm, exercendo ligeira compressão extrínseca sobre a veia braquiocefálica esquerda, e circulação colateral à veia subclávia direita.

A síndrome da veia cava superior, de evolução insidiosa e sintomas inespecíficos, deve ser ativamente pesquisada nos doentes com sinais sugestivos.

Esofagite Necrotizante Aguda: Um Diagnóstico Desafiante

Cláudia Batoque Fitas; Teresa Abegão; Margarida Portugal; Mariana Antão; Pedro Mendonça; Carlos Cabrita; Catarina Mendonça

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE / HOSPITAL DE FARO

Tema: Doenças gastroenterológicas e doenças hepáticas

Homem de 85 anos, internado por pneumonia, apresentou choque hemorrágico (queda de 4 g/dl de Hb, sem perdas hemáticas visíveis) como intercorrência. A angiotomografia abdominopélvica mostrou hemorragia duodenal e a endoscopia digestiva alta evidenciou isquemia esofágica severa com hemorragia ativa, coágulos frescos no bulbo duodenal e úlcera sangrante. A intervenção terapêutica endoscópica cessou a hemorragia. O suporte transfusional permitiu a reposição volêmica.

A esofagite necrotizante aguda ou “*black esophagus*” caracteriza-se por alteração da coloração da mucosa esofágica, geralmente por hipoperfusão tecidular. Tem alta taxa de mortalidade, mas com o diagnóstico precoce e intervenção terapêutica adequada é possível a recuperação completa.

Hemorragia cerebral unilateral – um caso curioso

ANA ISABEL PAIVA SANTOS¹; Eduarda Alves²; Paula Lopes Ferreira²; Pedro Moreira²; Ivânia Alves²; Ana Rosa Gomes²; Luís Fontão²

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ENTRE DOURO E VOUGA

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Homem, 40 anos, hipertenso e hábitos tabágicos pregressos, recorreu ao SU por cefaleia holocraniana súbita (40-60 min), com fonofobia e fotofobia, sem défices neurológicos. A admissão apresentava-se hipertenso, sem outras alterações. TC-CE e angio-TC revelaram hemorragia subaracnoideia (HSA) na convexidade frontoparietal esquerda, sem aneurismas ou malformações vasculares. Angiografia cerebral e veno-TC excluíram síndrome de vasoconstrição reversível e trombose venosa central. A hipótese de angiopatia amiloide cerebral foi considerada, mas não suportada tanto pela idade como pela RM-CE. Trata-se de uma HSA não aneurismática da convexidade, sem etiologia identificada, destacando a necessidade de investigação sistemática nestes casos.

Linfoma B difuso de grandes células - Uma forma de apresentação rara

Daniela Filipa Dos Santos; Juliana Andrade; Pedro Mesquita; Rita Pinto; Diogo Ferraro Junqueira; Filipa Cunha; Marta Braga; Vânia Gomes; Marina Alves; Céu Rodrigues

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

Mulher, 53 anos, apresentou-se com enfartamento pós-prandial, desconforto epigástrico, dor no hipocôndrio esquerdo com irradiação torácica esquerda e fadiga há 3 meses. Sem hipersudorese noturna, febre, queixas respiratórias, gastrointestinais, genitourinárias, articulares, ou alterações cutâneas. A TC abdomino-pélvica revelou múltiplas lesões esplénicas e linfadenopatias. Realizada biópsia de conglomerado adenopático mesentérico diagnosticando-se Linfoma Não Hodgkin difuso de grandes células B.

Este representa cerca de 30% dos linfomas, sendo que em 40% pode haver atingimento extraganglionar/medular, nomeadamente trato gastrointestinal, osso, SNC, testículo, glândulas salivares ou pele. Este caso destaca-se pela exuberância do envolvimento esplénico, responsável pela clinica de apresentação da doença.

Ondas de Osborn gigantes: um caso de hipotermia grave

Gisela Brito Gonçalves; Gisela Gonçalves; Rita Figueira; Daniela Ribeiro Alves; Carlos Costa

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO

Tema: Outro

A hipotermia está associada a diversas alterações eletrocardiográficas, motivadas pelo atraso na condução cardíaca, nomeadamente bradicardia, prolongamento do PR, QT, bloqueio AV e ondas de Osborn. Estas últimas surgem mais frequentemente nas derivações pré-cordiais e a sua amplitude é inversamente proporcional à temperatura.

Caso clínico: Homem, 62 anos com antecedentes de síndrome demencial, admitido no Serviço de Urgência por tosse produtiva e alteração do estado de consciência. Apresentava hipotensão, bradicardia, hipotermia (27°C) e insuficiência respiratória. Realizou ECG que revelou bradicardia sinusal e ondas de Osborn mais proeminentes de V4-V6. Assumida sépsis com ponto de partida respiratório e iniciada terapêutica. Apresentou normalização das alterações eletrocardiográficas com a reversão da hipotermia.

Schwannoma no pé esquerdo

Anabela Brito; Filomena Ferreira; Mafalda Machado de Gouveia; Maria Guilherme Muchata; Maria Inês Risto; Pedro Silva; José Traila Campos; Diana Guerra

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

Tema: Outro

Introdução

O schwannoma é um tumor benigno raro que deriva da bainha de mielina dos nervos periféricos e que raramente é observado no pé.

Caso Clínico

Mulher, 41 anos, com dor e tumefação na região medial do médio-pé esquerdo desde há dois meses, sem história de traumatismo. Ressonância magnética do pé esquerdo mostrou lesão nodular de contorno regular (13x8x6 mm), localizada profundamente ao cordão medial da fáscia plantar, em íntima relação com a superfície do músculo flexor curto do hallux, com características imagiológicas a favor de tumor neurogénico. Submetida a exérese cirúrgica da lesão cujo estudo anatomopatológico foi compatível com schwannoma, e a tratamento fisiátrico, com resolução da sintomatologia.

Um confundidor na ecografia renal – a importância do doppler

Tatiana Soares Correia¹; Ana Raquel Soares²; Carla Pereira³; Inês Marques Ferreira⁴; Joana Subtil⁵; Mariana Estela Santos⁶; Rosélia Lima⁶; Sheila Pires⁷; Dolores Vasquez⁷; José Mariz⁷

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ALMADA-SEIXAL

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ

³ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LOURES-ODIVELAS

⁴ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÓNIO

⁵ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

⁶ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

⁷ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Tema: Outro

A vasculatura renal proeminente ou com malformações associadas pode muitas vezes mimetizar imagiologicamente hidronefrose, tendo o color doppler um papel fulcral nesta distinção.

Apresenta-se um caso de uma mulher de 56 anos, submetida a tratamento cirúrgico de litíase renal obstrutiva na semana anterior. Recorreu ao serviço de urgência novamente por febre e dor lombar. Ao exame objetivo apresentava Murphy renal positivo à direita. Foi realizada ecografia à cabeceira da doente com observação de imagem sugestiva de dilatação da árvore pielocalicial e podendo ser interpretada como hidronefrose (imagem 1). Quando aplicado color doppler na mesma imagem verificou-se tratar de vasculatura hilar proeminente (imagem 2).

Purple rain - uma urina diferente

Elisa Veigas; João Lança Pereira; Inês Guimarães Rento; Nídia Oliveira; Andreia Lopes; Catarina Nabicho; Jorge Correia; Filipa Viegas; Edite Nascimento

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE VISEU DÃO-LAFÕES

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

O síndrome de algália roxa é um acontecimento incomum, que ocorre por metabolização do triptofano da dieta em indoxil-sulfato, excretado na urina, na presença de urina alcalina e enzimas indoxil-fosfatase/sulfatase (produzidas por bactérias como *Providentia*, *Klebsiella* e *Proteus*). Esta reação tem como subprodutos a indigo (azul) e indirrubina (vermelho), resultando em urina de cor roxa. O quadro resolve após troca de algália ou tratamento de infeção urinaria.

Apresenta-se o caso de mulher de 89 anos, algaliada cónica. Internada por pneumonia da comunidade. Constatada urina e sistema de algaliação com coloração roxa. Por ausência de sintomas urinários, optou-se pela troca de algália sem colheita de urocultura, com resolução do quadro.

Um suspeito pouco frequente

Adriana Pereira Guedes¹; Ana Sofia Reis²; Catarina Salvado²; Albina Moreira²; Paula Ferreira²

¹ ULSGE

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA/ESPINHO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Mulher de 74 anos, francesa, de férias em Portugal. Sem doenças crónicas. Admitida no serviço de urgência com clínica de febre e tosse com 4 dias, evoluindo em choque séptico. TC abdominal com lesão heterodensa quística complexa/neoformativa parcialmente necrótica. Isolamento de *Citrobacter Koseri* e *E.coli* multissensíveis em hemoculturas. Apesar de 5 dias de antibioterapia dirigida, mantinha febre sustentada. Foi realizada drenagem percutânea com isolamento microbiológico semelhante às hemoculturas. Equacionada a hipótese de neoplasia infetada, tendo sido refutada pela histologia a confirmar abscesso. O *Citrobacter Koseri* é mais comum em situações de imunossupressão e infeção nosocomial sendo raro em infeções da comunidade, como neste caso.

Carcinomatose peritoneal por Pseudomixoma - Ascite Mucínosa

Carla Pires; José Brizuela

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE

Tema: Doenças oncológicas

Pseudomixoma peritoneal é uma síndrome clínica progressiva frequentemente fatal. Deriva da invasão e rutura do apêndice por um tumor mucinoso que se dissemina pela cavidade peritoneal originando acumulação de ascite mucínosa progressiva. O tratamento consiste em remoção cirúrgica e quimioterapia intraperitoneal.

Caso Clínico

Homem de 70 anos, seguido por Carcinomatose Peritoneal por Pseudomixoma Peritoneal irressecável com envolvimento de todo o trato digestivo e região supramesocólica, com quadro de dispneia, tosse seca e astenia em agravamento. Tomografia Axial Torácica Abdominal e Pélvica revelou volumoso derrame pleural bilateral, ascite mucínosa dispersa no abdómen superior, região pélvica, grande e pequeno epíplon, ansas intestinais e cólon, tendo o doente sido internado para drenagem do derrame pleural, com melhoria clínica subsequente.

Isto não é um coração

**Helena Rita Antunes; Marisa Rocha; Diogo Garrido; Rui San-Bento;
Cláudia Rodrigues; Luís Dias**

HOSPITAL DIVINO ESPIRITO SANTO DE PONTA DELGADA

Tema: Doenças respiratórias

Mulher de 73 anos, observada por suspeita de trombose venosa profunda (TVP) do membro inferior esquerdo, tosse seca e toracalgia - apirética, hemodinamicamente estável, polipneica e hipoxémica, sem turgescência venosa jugular a 35°, com auscultação cardiopulmonar normal. Em radiografia torácica destacava-se cardiomegalia. Em angio-tomografia computadorizada torácica, abdominal e pélvica, foi confirmada TVP extensa à esquerda, tromboembolismo pulmonar segmentar à direita e com achado de hérnia do hiato esofágico volumosa, contendo a maioria do estômago, porção do jejuno e cólon transversal em posição intratorácica, sem sinais de sofrimento de ansas, a condicionar atelectasia passiva do lobo inferior esquerdo.

Pústulas por Herpes Simplex tipo 1

Anabela Brito¹; Susana Peres²; Mafalda Machado de Gouveia¹; Ana Patrícia Coelho¹; Maria Guilherme Muchata¹; Maria Inês Risto¹; Vera Teixeira¹; Bárbara Castro Lima¹; Diana Guerra¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LISBOA OCIDENTAL

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

O uso de fármacos imunossupressores associa-se a um aumento do risco global de infeções e da sua gravidade, assim como da presença de manifestações atípicas.

Caso Clínico

Homem, 40 anos, com artrite reumatóide e medicado com prednisolona, avaliado por febre e múltiplas pústulas isoladas e confluentes sobre base eritematosa a nível dos dedos, dorso e palma da mão direita em agravamento com uma semana de evolução. Considerada pustulose infecciosa e iniciada terapêutica empírica com piperacilina-tazobactam, clindamicina e aciclovir e cuidados de penso com evolução favorável. Do estudo realizado a salientar a identificação de Herpes simplex tipo 1 nas lesões.

Dermopatia a hidroxiureia

Gonçalo Ruas

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Tema: Outro

Homem de 72 anos, hipertenso e diabético, sob hidroxiureia há mais de 5 anos por trombocitémia essencial. Destacavam-se, à observação, placas eritematodescamativas no dorso das mãos e rebordo palmar, melanoníquia de todas as unhas das mãos e úlceras nas regiões maleolares. Este caso é relevante por demonstrar complicações dermatológicas significativas associadas ao uso prolongado de hidroxiureia.

O que se esconde atrás de um pacemaker?

Núria Condé Pinto; Glória Gonçalves; Inês de Albuquerque Monteiro; Tatiana Salazar

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO AVE

Tema: Doenças hematológicas

Mulher de 79 anos, cognitivamente íntegra, *Clinical Frailty Score* de 6, antecedentes de hipertensão, obesidade e bloqueio auriculoventricular completo. Admitida por dispneia com início 2 semanas após colocação de pacemaker, sendo identificado derrame pericárdico de grande volume e lesão mediastínica, assumido como hemopericárdio e hematoma em contexto de laceração iatrogénica de veia central. Evolução favorável do derrame sobre estratégia conservadora. TC de reavaliação a sugerir formação expansiva em detrimento de hematoma mediastínico, tendo realizado estudo complementar com PET, ressonância, imunofenotipagem e biópsia hepática, compatível com linfoma B difuso de grandes células com atingimento mediastínico e hepático, orientada para consulta de Hemato-Oncologia. Serve o presente caso para ilustrar um diagnóstico desafiante de lesão mediastínica.

31°CNM



Organização



SPMI
Sociedade Portuguesa
de Medicina Interna

Apoio institucional



CÂMARA MUNICIPAL
COIMBRA

Agência oficial

factorchave⁹
marketing integrado